TECHNIQUE

DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE MODERNE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

TECHNIQUE

DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE MODERNE

PAR

Le Dr J. POTOCKI

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1890

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21980846
R52654

TECHNIQUE

DE

L'OPÉRATION CÉSARIENNE MODERNE

Je me propose dans ce travail d'étudier exclusivement l'opération césarienne moderne, la seule qu'on soit autorisé à pratiquer à l'heure présente, dans l'état actuel de nos connaissances. Il est utile en effet de remarquer que l'opération qui nous occupe, à l'égal de toute autre opération chirurgicale, a dû bénéficier des récentes conquêtes de la chirurgie, dont l'antisepsie constitue la principale, et que la façon ancienne de l'exécuter est aujourd'hui hors de mise. Il serait donc superflu de décrire à nouveau les vieux procédés dont l'intérêt n'est plus que très médiocre. Aussi bien l'ai-je déjà fait dans un premier mémoire, publié en 1886 dans les *Annales de gynécologie* et auquel on pourra se reporter pour l'historique; j'avais traité ce dernier d'une façon assez rapide, mais relativement complète et bien suffisante. Je pourrais facilement l'étendre aujourd'hui en glanant dans les anciens auteurs et en recopiant des textes devenus banals à force d'être reproduits; ce serait sans profit faire œuvre d'érudition facile, et sans compensation suffisante augmenter les dimensions de ce travail.

Je me limiterai donc à l'opération césarienne moderne, la seule intéressante au point de vue pratique.

Il y a autant de différence entre l'opération césarienne ancienne et la moderne qu'entre l'ovariotomie d'autrefois et celle d'aujourd'hui. Ce sont deux opérations tout à fait différentes, entre lesquelles il n'y a aucune comparaison à établir. A la première, presque fatalement mortelle, a succédé une opération de gravité moyenne et dont le pronostic est dans quelques séries heureuses véritablement surprenant. Quoi d'étonnant alors à ce que l'idée qu'on s'en doit faire soit différente?

La génération actuelle a été élevée dans une véritable terreur de l'opération césarienne, justifiée d'ailleurs par la mortalité considérable de l'opération qui tuait plus de quatre-vingts femmes sur cent. Sans être aussi effrayés qu'autrefois au seul nom de section césarienne, nous vivons cependant sous le règne de la même crainte, dans une période de transition où nous avons encore de la tendance à repousser l'hystéromie et à considérer comme problématiques les bons résultats qu'elle donne à l'heure présente.

On était plus sceptique encore il y a quatre ans, quand je fis connaître chez nous l'opération de Sänger et quand je pus montrer, par le récit des 26 opérations pratiquées jusque-là, que la statistique était très satifaisante.

L'opération nouvelle était donc bien différente de l'opératon césarienne dite classique et ne devait pas mériter la réprobation attachée à cette dernière.

De fait, la conviction entra rapidement dans les esprits et nombre d'accoucheurs eurent recours, à Paris même, à l'opération césarienne nouvelle, et ils en obtinrent de bons résultats. Aujourd'hui il n'est donc plus nécessaire de plaider la cause de l'hystérotomie; cette cause est gagnée. Mais il reste une lacune à combler. Depuis le mémoire auquel j'ai fait allusion il n'a paru en France, que je sache, aucun travail d'ensemble sur l'opération césarienne moderne. Il faudrait parcourir quelques communications faites sur ce sujet devant les sociétés savantes de Paris et lire les très nombreuses publications étrangères, pour se faire une idée de

l'état actuel de nos connaissances. J'avais pensé qu'il serait intéressant de réunir tous ces documents, de les grouper dans un ordre logique et d'en former un traité qui, aussi clair et aussi court que possible, pût servir à la fois à ceux qui se livrent à des recherches et à ceux plus nombreux qui se contentent d'une exposition exacte du manuel opératoire et des indications.

Ce travail est écrit, mais, pour différents motifs, je renonce à le publier du moins pour le moment. Cependant j'ai cru devoir distraire d'un chapitre la description du manuel opératoire, en me bornant à exposer l'essentiel sans entrer dans les détails des procédés secondaires qui ont été imaginés.

J'estime qu'il vaut mieux décrire une bonne et simple technique que chacun peut facilement apprendre et appliquer, le cas échéant, que de se perdre dans la relation d'une série de procédés différents dans lesquels le praticien n'arrive qu'avec difficulté à se reconnaître.

La description de l'opération césarienne moderne manque dans les livres classiques ou n'y est que bien rudimentaire; en tous cas elle est insuffisante pour donner au praticien une idée exacte de la marche qu'il lui faut suivre pour exécuter cette opération dans de bonnes conditions. C'est peut-être une des raisons, parmi tant d'autres, pour lesquelles l'opération césarienne n'est guère en honneur. Il est bien naturel qu'on recule devant l'exécution d'une opération dont on ignore presque entièrement la technique et dont les terribles conséquences ont été si universellement proclamées.

Je m'efforcerai de décrire le plus complètement possible le manuel opératoire, sans omettre aucun point, sans rien laisser à l'imprévu, guidant pour ainsi dire à chaque instant la main de l'opérateur et lui enseignant la conduite qu'il doit tenir en présence de chacune des éventualités de l'opération. J'ai souvent entendu les médecins et les étudiants se plaindre de n'avoir pas de descriptions assez détaillées des opérations qu'ils peuvent être appelés à pratiquer et surtout des opérations d'urgence. Je me suis rappelé ces doléances

et j'en ai tenu compte ici, dans la mesure du possible.

L'*opération césarienne* ou *hystérotomie* est une opération dans laquelle on incise la paroi abdominale et l'utérus, pour extraire le fœtus par la voie qu'on s'est ainsi créée.

La définition précédente exclut les laparotomies pratiquées pour grossesse extra-utérine, ou rupture de l'utérus.

Elle exclut aussi la gastro-élytrotomie : opération qui consiste dans l'incision de la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope, le décollement du péritoine, l'incision du vagin et l'extraction du fœtus par le col à travers la brèche ainsi faite. Remarquant que le but de cette opération est le même que celui de l'opération césarienne, on la place ordinairement à côté de cette dernière, malgré cela je ne m'en occuperai pas, car j'ai hâte d'ajouter que la gastro-élytrotomie a peu d'intérêt et qu'elle ne paraît pas devoir supplanter de longtemps l'opération césarienne proprement dite, dont je vais maintenant exclusivement m'occuper (1).

Une opération césarienne comprend essentiellement les actes suivants :

1° Incision de la paroi abdominale et de l'utérus ; extraction du fœtus et de l'arrière-faix ;

2° Traitement de l'utérus ;

3° Fermeture de la plaie abdominale.

Le 1er acte et le 3e sont identiques dans toute opération césarienne; le 2e seul peut varier. C'est ce traitement de la plaie utérine qui caractérise les deux grands procédés d'opération césarienne : le procédé conservateur, le procédé radical. On peut en effet se comporter avec l'utérus de deux façons différentes :

1° Le conserver : opération césarienne *conservatrice* ;

2° L'enlever : opération césarienne *radicale*.

---

(1) Je n'aborderai pas l'étude de l'opération césarienne *post mortem* ou pratiquée à l'agonie ; elle ne mérite pas de description particulière, du moins en ce qui regarde son manuel opératoire.

On peut encore enlever l'utérus partiellement ou totalement : opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, opération césarienne suivie de l'ablation totale de l'utérus.

Ainsi trois opérations césariennes différentes :

1° Opération césarienne conservatrice ;

2° Opération césarienne radicale suivie d'amputation partielle de l'utérus ;

3° Opération césarienne radicale suivie d'extirpation totale de l'utérus.

Elles sont désignées dans le langage courant sous le nom des auteurs qui les ont appliquées et décrites pour la première fois :

Ce sont dans l'ordre précédent :

L'opération de Sänger (1881) ;

L'opération de Porro (1876) ;

L'opération de Bischoff (1879) ;

En résumé :

L'opération de Sänger est une opération césarienne dans laquelle l'utérus est conservé et suturé isolément ;

L'opération de Porro est une opération césarienne dans laquelle l'utérus est amputé au-dessus du col ;

L'opération de Bischoff est une opération césarienne qu'on fait suivre de l'extirpation totale de l'utérus.

J'adopterai, avec la majorité des auteurs, ces dernières expressions. On leur adresse le reproche de n'être pas correctement exactes. Sänger évidemment n'a pas inventé l'opération césarienne conservatrice, ni la suture de l'utérus, ni l'antisepsie ; mais le premier il a montré tout ce qu'on pouvait obtenir par l'application à l'opération césarienne des découvertes de la chirurgie moderne et il a imaginé un mode particulier de suture de l'utérus dont le principe subsiste toujours. On a donc bien le droit d'associer son nom à celui de l'opération césarienne conservatrice.

Il en est de même pour Porro et pour Bischoff.

L'opération de Bischoff ne trouvant guère son indication,

je n'en décrirai pas le manuel opératoire et je me contenterai de décrire l'une après l'autre l'opération de Sänger et l'opération de Porro.

OPÉRATION DE SAENGER

Elle est encore désignée sous les noms de :

Opération césarienne conservatrice ;

— — suivie de la suture de l'utérus ;

— — proprement dite.

Ce serait encore l'opération césarienne classique de quelques auteurs modernes, mais cette expression est mauvaise ; l'opération de Porro est en effet tout aussi classique.

C'est au sujet de cette opération que les travaux les plus nombreux ont été publiés.

L'opération modèle que je vais décrire, ne correspond pas exactement à la technique primitive de Sänger, elle est toutefois contenue en substance dans son traité qui a inauguré une ère nouvelle. Mais elle diffère peu de la description simplifiée qu'il a donnée plus tard et de celle qu'a publiée Léopold, l'opérateur qui a pratiqué le plus grand nombre d'opérations césariennes conservatrices.

La technique de l'opération doit comprendre .

1° Les préparatifs de l'opération ;

2° Le manuel opératoire proprement dit.

Préparatifs de l'opération.

D'une façon générale ce sont ceux de toute laparotomie il n'y a réellement aucune différence ; je pourrais donc à la rigueur me dispenser de les décrire en les supposant connus. Mais j'aime mieux consacrer quelques pages à leur étude et insister sur quelques détails : mieux vaut trop dire que pas assez. Ceux qui les connaissent, les passeront à la lecture ; ceux au contraire qui ne les ont pas bien présents à la mé-

moire, me sauront gré de les leur rappeler. Quelle que soit l'opération césarienne à pratiquer, les préparatifs sont les mêmes.

Ces préparatifs comprennent les points suivants :

Salle d'opération ;

Aides ;

Instruments ;

Objets de pansement ;

Solutions antiseptiques, éponges et substances diverses ;

Soins à donner à la femme avant l'opération ;

Désinfection des mains ;

Anesthésie.

Mais avant de passer à leur examen, il me faut dire quelques mots de l'antisepsie.

Elle doit occuper la place la plus importante dans les préoccupations de l'accoucheur ; il doit se rappeler que c'est à elle qu'on est en grande partie redevable des succès de l'hystérotomie. Dans les précautions préliminaires de l'opération il devra donc se laisser guider par les règles de l'antisepsie.

Local de l'opération, objets de pansement, instruments... devront être d'une propreté irréprochable ; la propreté sera surtout indispensable pour tout ce qui touchera directement à la malade : instruments, éponges, compresses, mains de l'opérateur et des aides. L'accoucheur devra surveiller lui-même les préparatifs et ne se décharger sur personne de ce soin.

Ce sera surtout nécessaire quand il se verra forcé d'opérer en ville, dans un milieu non médical, où la propreté est plus difficile à obtenir parce qu'on n'en comprend pas l'importance.

Salle d'opération. — A l'hôpital, dans les cliniques, il y a généralement une salle réservée aux laparotomies où tout est disposé pour une opération d'urgence : instruments, pansements, liquides antiseptiques, éclairage.

Le local est tout choisi.

Mais cela n'est pas indispensable et une pièce quelconque, pourvu qu'elle soit propre, chauffée, éclairée, est très suffisante. Si on se voit forcé d'opérer dans un appartement, on fera retirer la plus grande partie des meubles, les rideaux, etc., et on recouvrira le parquet de draps propres pour éviter que les poussières ne soient soulevées. Dans tous les cas, l'air de la salle sera désinfecté à l'aide du spray phéniqué qu'on suspendra au moment de l'opération.

La table à opération importe peu ; il suffit qu'elle soit solide et assez haute.

Aides. — Leur nombre doit être très restreint. Moins il y a de monde dans la salle d'opération, mieux cela vaut. Les aides seront donc réduits au minimum indispensable.

L'assistance directe sera suffisamment assurée par un accoucheur ou chirurgien habitué aux opérations abdominales, connaissant dans tous ses détails l'opération à exécuter, prévenu des accidents qui peuvent la compliquer et capable d'y remédier. L'opérateur et lui doivent seuls toucher à la malade. Si les dispositions sont assez commodément prises, il n'est pas nécessaire d'avoir d'aides pour passer les instruments ni les éponges. L'opérateur peut prendre directement les instruments dans un plateau à portée de sa main droite et il peut les remettre, après s'en être servi, à la place qu'ils occupaient ; l'assistant prendra dans des cuvettes, placées également à sa droite, les éponges ou compresses nécessaires et quand elles seront souillées il les jettera dans un bassin placé à ses pieds. Au moment des sutures, il n'est pas utile non plus qu'une troisième personne intervienne ; et, si on emploie des aiguilles séparées, il suffira qu'elles aient été enfilées avant l'opération et disposées bien régulièrement dans un plateau spécial à portée de la main

Donc : un assistant direct.

Il faut aussi un médecin ou à son défaut une sage-femme instruite pour administrer le chloroforme.

Il faut également une personne exercée pour recevoir l'en-

fant à la naissance et lui donner les premiers soins ; il est utile que cette personne soit un médecin ou une sage-femme capables de ranimer l'enfant, s'il est extrait en état de mort apparente.

Une ou deux infirmières s'occuperont des menus détails.

Ainsi : Un aide direct ;
Un aide pour le chloroforme ;
Une personne pour s'occuper de l'enfant;
Deux infirmières.

Voilà tout le personnel indispensable. Plus de monde est inutile, peut-être même gênant; avec moins de monde, il serait difficile d'exécuter l'opération dans de bonnes conditions.

L'opérateur et l'assistant doivent avoir les mains parfaitement aseptiques; les infirmières doivent avoir les mains très propres ; l'antisepsie des deux aides chargés du chloroforme et de l'enfant est moins nécessaire, quoique désirable.

Instruments. — Il faut préparer les instruments nécessaires non pas seulement pour une opération de Sänger, mais encore pour une opération de Porro, car il peut survenir dans le cours de l'opération conservatrice des complications qui forceront d'amputer l'utérus ; une opération de Sänger peut se terminer par une opération de Porro.

Seront indispensables :

Un bistouri ordinaire, pour l'incision de la paroi abdominale et de l'utérus ;

Une pince à griffes, pour saisir les lèvres des plaies qu'on suture ;

Une ou deux douzaines de pinces hémostatiques, pour l'hémostase provisoire de la paroi abdominale, et en général toute hémostase provisoire, et pour saisir les fils des fortes sutures ;

Des ciseaux forts, pour agrandir, si besoin est, l'incision abdominale ou la plaie utérine ;

Une grande aiguille montée ou une aiguille de Reverdin

pour les sutures profondes de l'utérus et les sutures de la paroi abdominale ;

Des aiguilles fines et rondes, enfilées d'avance, pour les sutures superficielles de l'utérus ;

Un porte-aiguilles, pour les aiguilles séparées ;

Du fil de soie de deux grosseurs différentes : gros pour les sutures utérines et abdominales profondes, fin pour les sutures superficielles. Ce fil servirait au besoin aux ligatures ;

Un tube en caoutchouc non perforé, pour l'hémostase provisoire de l'utérus et au besoin pour l'hémostase définitive ;

Deux broches pour traverser le pédicule utérin, si on doit pratiquer l'opération de Porro ;

Et dans le même but :

Un serre-nœud avec un fil de fer solide, qu'on peut d'ailleurs avantageusement remplacer par le simple tube de caoutchouc dont je viens de parler à propos de l'hémostase ;

Une curette tranchante et un thermocautère, pour gratter, si nécessaire, la muqueuse utérine altérée et pour cautériser la muqueuse du col quand on pratique l'amputation de Porro ;

Une seringue de Pravaz, pour injections sous-cutanées d'ergotine et d'éther.

Enfin on aura un *insufflateur de Ribemont* pour ranimer l'enfant.

Tous les instruments qui touchent à l'opérée doivent être d'une asepsie absolue. Il faut donc qu'ils aient été traités avant l'opération de façon à ce qu'on soit certain de leur propreté.

Trois moyens permettent d'arriver au but ;

1° On les flambe à la flamme de l'alcool ;

2° On les porte pendant une demi-heure à l'étuve sèche à 120° ou 140° ;

3° On les fait bouillir pendant un quart d'heure dans une solution phéniquée à 5 p. 0/0.

Le dernier moyen est le plus pratique et peut-être le plus sûr, c'est à lui qu'il faudra donner la préférence. On fait bouillir les instruments immédiatement avant de commen-

cer l'opération et pendant qu'on endort la malade. Le fil de soie sera porté à l'ébullition comme les instruments immédiatement avant l'opération, bien qu'on n'emploie que du fil de soie phéniqué, et conservé dans l'acide phénique.

Les instruments bien aseptiques resteront à demeure pendant l'opération dans un plateau contenant de l'eau phéniquée à 2 p. 0/0.

Objets de pansement. — Ils sont bien rudimentaires aujourd'hui et on n'emploie plus guère ces grands pansements compliqués d'il y a peu d'années. De la poudre d'iodoforme pour saupoudrer la cavité utérine et la plaie abdominale ; de la gaze iodoformée pour appliquer sur la plaie abdominale et faire le tamponnement du vagin ; du coton hydrophile et du coton ordinaire qu'on maintiendra par un bandage de corps en flanelle en font tous les frais.

Solutions antiseptiques, éponges et substances diverses. — *Eau phéniquée à* 5 0/0 pour faire bouillir les instruments et pour les y laisser séjourner ;

Solution de sublimé à 1 0/00 pour le lavage des mains, la toilette de la femme ; *Eau distillée bouillie* pour le lavage éventuel du péritoine. Un injecteur obstétrical ordinaire sera employé dans ce but ;

Solution d'ergotine ou d'ergotinine et *éther* utiles, dans le cas d'hémorrhagie par inertie utérine et de collapsus, 2 flacons ;

Chloroforme anesthésique, deux flacons de 60 grammes.

Les *éponges* nécessitent une préparation spéciale très laborieuse. Celles qu'on emploie en chirurgie abdominale ont été soumises à des traitements successifs que je rappelle : battage, pour enlever la plus grande partie des poussières, du calcaire et du sable ; enlèvement aux ciseaux des parties altérées ; lavage à l'eau alcaline pour enlever les matières grasses ; lavage à grande eau : les éponges sont prêtes alors pour les manipulations de désinfection. On laisse séjourner

ces éponges pendant une heure dans une solution de permanganate de potasse au 100e ; elles y prennent une coloration brun foncé, qui indique que toutes les matières organiques de la superficie de l'éponge sont oxydées et détruites ; puis on les décolore dans une solution étendue de bisulfite de soude, d'où elles sortent très blanches ; lavage à grande eau jusqu'à disparition de toute odeur d'acide sulfureux ; et conservation dans un bocal bien bouché rempli d'acide phénique à 5 0/0 ou de sublimé à 2 0/00.

La difficulté d'avoir des éponges bien préparées de la sorte a engagé nombre de chirurgiens à simplifier ces manipulations.

Au lieu de traiter les éponges par le permanganate de potasse, on se contente alors de les faire bouillir pendant une heure dans l'acide phénique au 1/20° comme les fils de soie et les instruments ; ou bien encore les éponges, *bien sèches*, sont maintenues une heure dans l'étuve sèche à 120°.

On peut encore remplacer les éponges par des sortes de petits sachets ou des compresses épaisses dites en tissu-éponge. Pour les faire, prenez de la gaze et cousez-la en forme de sachets, de façon que les ourlets empêchent les fils de se détacher. Faites bouillir ces sachets pendant une heure dans l'acide phénique à 5 0/0 et vous aurez des carrés de gaze bien absorbante dont l'asepsie sera parfaite. Ces compresses de gaze qui reviennent à très bon marché et qu'il est commode de préparer et de conserver, absorbent fort bien les liquides, sans être irritantes ; elles rendent donc de grands services et sont véritablement très pratiques.

Pour faire la toilette de la paroi abdominale et des organes génitaux, il faut encore :

Un *rasoir*, une *brosse*, du *savon* et de l'*éther*.

Soins a donner a la femme avant l'opération. — Bains savonneux ;

Purgation la veille de l'opération ;

Lavement le matin même ;

On rase les poils du pubis et on coupe les poils trop longs de la vulve;

Toilette au savon et à la brosse des organes génitaux externes avec une solution de sublimé ;

Injection vaginale au sublimé à 1/2000 et frottage du vagin pendant l'injection ;

Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Désinfection des mains. — Tout étant ainsi disposé, les précautions préliminaires prises, on peut commencer l'opération. Mais auparavant il est nécessaire que l'opérateur et son assistant procèdent au lavage des mains. C'est là une précaution de la première importance. Si la désinfection des instruments, des fils, des éponges est indispensable, plus nécessaire peut-être est la désinfection des mains qui touchent directement à la plaie ; en tous cas elle est plus délicate et doit être plus minutieuse, car les mains ne peuvent être portées à des températures élevées, et en outre sur les doigts se rencontrent une multitude de replis, d'anfractuosités, de sillons, dans lesquels les germes se logent et où il est difficile de les attaquer. Un instrument porté à 140° est sûrement aseptique, une main lavée même dans une solution forte de sublimé ne l'est pas forcément.

On n'est pas certain que le liquide antiseptique soit arrivé au contact de toutes les impuretés de la main, ait pénétré dans toutes les anfractuosités, comme la sertissure des ongles, etc. Aussi faut-il insister sur le lavage des mains et des avant-bras. Il faut au préalable se couper les ongles et nettoyer avec le plus grand soin les sillons des ongles. Puis lavage et brossage avec de l'eau très chaude et du savon ; recommencer la même manœuvre dans une solution de sublimé à 1 ‰ ; bien gratter à nouveau les sillons unguéaux ; se relaver encore dans la liqueur antiseptique, et finir par un lavage dans l'alcool à 90°. L'alcool enlève les matières grasses qui sont restées à la surface de l'épiderme, et quand on trempe une dernière fois les mains dans la solution de

sublimé l'antiseptique ne laisse aucun territoire de la peau sans l'imprégner. On peut être certain alors de la propreté de ses mains.

Mais quand on a touché la veille de l'opération des substances septiques, les manipulations précédentes ne donnent peut-être pas une sécurité suffisante et il serait bon, je crois, de leur adjoindre un traitement des mains par le permanganate de potasse.

Il y a longtemps qu'on se lave les mains au permanganate de potasse ; mais je n'entends pas parler de ce lavage banal. Le permanganate, qui sert à détruire les germes dans la préparation des éponges et qui indique par la coloration brune qu'il communique à ces éponges que l'attaque et l'oxydation, partant la destruction des germes, a eu lieu, ce permanganate peut de la même façon être appliqué aux mains . On peut traiter les mains comme les éponges. La main plongée dans le permanganate devient rapidement brun foncé : indice extérieur de la décomposition du sel et de l'oxydation des matières organiques de l'épiderme ; là où il y a coloration brune on est sûr de la destruction des germes, car on en *voit* le résultat. En certains points l'épiderme ne se colore pas : c'est que le permanganate n'est pas arrivé à son contact, séparé qu'il en était par une substance grasse ; dans ces points il n'y a donc pas eu attaque des germes, ils y séjournent encore, et on peut penser que la main n'est pas aseptique. Ainsi *on voit pour ainsi dire l'asepsie de la main*, le permanganate décape la main, comme l'acide décape le métal. Une main devenue *brun foncé* par son séjour dans le permanganate est aussi aseptique qu'une éponge soumise aux manipulations que j'ai décrites.

Je crois donc qu'il serait bon de procéder de la façon suivante quand on veut être parfaitement certain de l'asepsie de la main :

1° Lavage et savonnage comme précédemment dans des solutions de sublimé chaudes ;

2° Immersion de la main dans une solution bien colorée

de permanganate de potasse au 100e jusqu'à coloration brun foncé de la main et du poignet ;

3° Décoloration de la main dans une solution faible de bisulfite de soude ;

4° Lavage de la main à l'alcool et enfin au sublimé.

La main est alors parfaitement aseptique et prête pour l'opération.

Anesthésie. — Elle est obtenue à l'aide du chloroforme. Le chloroforme doit être pur, distillé spécialement pour l'anesthésie. Deux flacons de 60 gr. ont été préparés d'avance ; c'est qu'en effet si l'opération dure longtemps, la première dose de 60 grammes sera insuffisante. Un médecin doit être chargé de l'anesthésie et il est prudent, ou mieux nécessaire, qu'il soit tout à sa besogne, qu'il s'en occupe exclusivement et ne cherche pas à suivre les détails de l'opération.

L'anesthésie ne sera obtenue que lentement : un quart d'heure, vingt minutes d'inhalation avant la résolution complète constitueront un délai normal. Il faudra donc bien se garder de sidérer la malade tout d'un coup ; cette façon de procéder s'accompagne souvent de complications funestes pendant une opération grave et de longue durée : la malade absorde alors beaucoup plus de chloroforme, elle se réveille souvent et le danger de syncope est plus à craindre. Ce sont d'ailleurs des préceptes banals en chirurgie du ventre.

Le médecin chargé du chloroforme examinera fréquemment la pupille, il surveillera le pouls, mais principalement la respiration. La pupille est contractée quand tout va bien ; elle se dilate au moindre accident, à la moindre menace de syncope ; elle donnera donc d'utiles renseignements.

Le pouls doit être assez fréquent et assez fort ; s'il devient trop lent, trop faible : ayez des craintes.

La respiration de la malade bien anesthésiée est lente, régulière, comme celle d'une personne endormie. Quelquefois pendant l'anesthésie, elle devient diaphragmatique. C'est le commencement des accidents. Ordinairement la gêne respi-

ratoire est produite par le renversement de la langue en arrière. Il faut alors la saisir avec une pince de Museux et l'attirer au dehors : la respiration se régularise de suite. On peut éviter de saisir ainsi la langue et de la blesser, en ramenant simplement en avant la mâchoire inférieure par une pression derrière l'angle de la mâchoire : la mâchoire entraîne la langue avec elle. Si alors l'aide maintient le maxillaire dans la situation qu'il vient de lui donner la langue ne retombera plus.

Souvent la respiration est difficile, irrégulière, et la face se cyanose, quand la malade a des envies de vomir. On peut les enrayer en augmentant la dose de chloroforme. Il serait préférable de voir les vomissements survenir, car une fois produits, l'anesthésie devient plus régulière.

On évitera que la syncope ne se constitue en prenant les précautions précédentes. Si on n'a pu l'éviter, il faut ramener le sang à la tête en abaissant celle-ci, provoquer des mouvements respiratoires par des frictions sur le thorax, l'excitation du diaphragme. La respiration artificielle est alors indiquée.

La malade étant maintenue aux membres inférieurs et le tronc étant dans une situation déclive, on saisit les deux bras et on les écarte du corps énergiquement en les rapprochant de la tête ; on agit donc par le procédé classique ; l'élévation des bras et des épaules soulève les côtes et dilate le thorax dans lequel l'air pénètre. Après deux ou trois mouvements de ce genre la malade fait une inspiration : le danger est conjuré.

Il ne faut pas se dissimuler que ces accidents sont rares et que si celui qui donne le chloroforme épie, pour ainsi dire, les phénomènes anormaux, il interviendra à temps pour les empêcher de s'aggraver et de devenir mortels.

Moment à choisir pour pratiquer l'opération césarienne.

Ou la femme n'est pas en travail, quand on se décide pour l'opération césarienne, ou au contraire elle est déjà en travail.

1° La femme n'est pas en travail. — On peut se conduire de deux façons différentes.

a. On opérera avant le terme de la grossesse, à huit mois et demi environ pour ne pas être surpris par le travail ; on fixera d'avance le jour et l'heure de l'opération et on se trouvera dans les bonnes conditions d'une laparotomie de choix. On aura fait une laparotomie gynécologique de la laparotomie d'urgence, que serait dans les dispositions contraires l'opération césarienne.

b. On attendra pour pratiquer l'opération que le travail s'établisse spontanément et que les contractions utérines soient énergiques. Les conditions devront être au point de vue de l'antisepsie aussi favorables que pour l'opération pratiquée dans le cours de la grossesse, car on aura eu tout le temps de préparer d'avance tout ce qui est nécessaire pour l'opération et on se gardera bien de pratiquer des touchers vaginaux qui dans l'espèce seraient non seulement inutiles, mais dangereux.

On a accusé l'intervention opératoire pendant la grossesse de prédisposer aux hémorrhagies par inertie utérine et on a pensé qu'en attendant que le travail soit bien établi, l'utérus se contractant bien énergiquement, on n'aurait à redouter ni l'inertie utérine ni l'hémorrhagie consécutive. C'est une opinion soutenable, mais il est probable que cette crainte est toute théorique, car on sait que pendant la grossesse l'utérus se contracte, qu'il revient fort bien sur lui-même quand les membranes se rompent prématurément sans que forcément le travail se produise, et on n'ignore pas que dans les expériences pratiquées sur les animaux, on a toujours vu l'utérus se rétracter et se contracter après son ouverture.

Quoi qu'il en soit, si on partage cette crainte on attendra que le travail soit bien établi. Le seul inconvénient réel qu'il y ait d'ailleurs à agir ainsi, c'est qu'on peut être obligé d'opérer la nuit et qu'il peut y avoir quelque difficulté à réunir rapidement l'assistance nécessaire pour l'opération.

2° La femme est en travail. — On opérera le plus vite possi-

ble, sans toutefois négliger par trop de précipitation aucun des préparatifs sur lesquels je me suis étendu. L'opération césarienne est ici une opération de nécessité. Quelquefois (rarement aujourd'hui) on peut se voir obligé d'intervenir après des manipulations intempestives faites pour accoucher la femme par les voies naturelles ; la parturiente est déjà plus ou moins infectée ; mais l'opérateur n'en est pas responsable. Du reste, dans ces mauvaises conditions, ce n'est pas, comme je le dirai, à l'opération de Sänger, mais à l'amputation de Porro, qu'il faut avoir recours.

Manuel opératoire.

Les jambes de la malade sont entourées d'ouate, elle est enveloppée dans une chemise de flanelle ; on l'endort au chloroforme ; puis on la porte sur la table d'opération où l'opérateur et son assistant procèdent eux-mêmes à la désinfection de la paroi abdominale, après avoir pratiqué le cathétérisme de la vessie. Ils ont à côté d'eux une cuvette contenant une solution faible de sublimé et dans laquelle ils se lavent plusieurs fois les mains dans le cours de l'opération.

La paroi abdominale est savonnée et brossée, on emploie dans ce but une solution forte de sublimé ; les poils du pubis avaient été rasés au préalable. La paroi, essuyée, est lavée à l'éther qui enlève toutes les matières grasses et on la lave encore une fois avec la solution forte de sublimé. Tout le champ opératoire est ensuite entouré de compresses de gaze qui ont bouilli dans l'acide phénique.

L'opération proprement dite va commencer. Elle comprend les 6 actes suivants :

1° Incision de la paroi abdominale ;
2° Incision de l'utérus ;
3° Extraction du fœtus ;
4° Extraction de l'arrière-faix ;
5° Suture de l'utérus ;
6° Suture de la paroi abdominale.

Ce sont là les actes principaux auxquels viennent s'ajouter des actes secondaires, que je range à part pour plus de clarté :

a. Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang de l'utérus dans le ventre ;

b. Ouverture de l'œuf ;

c. Hémostase provisoire de l'utérus ;

d. Toilette du péritoine ;

e. Pansement immédiat.

Je les décrirai après les temps de l'opération auxquels ils correspondent. Il restera finalement à exposer le traitement des suites de couches.

1° Incision de la paroi abdominale. — Elle est faite sur la ligne blanche et mesure 16 cent. de longueur, c'est-à-dire les dimensions nécessaires pour laisser passer la tête du fœtus à terme.

Elle commence au-dessus de l'ombilic et est continuée jusqu'à deux travers de doigt du pubis, jamais plus bas ; elle est prolongée en haut aux ciseaux, si cela est nécessaire ; ordinairement l'ombilic en occupe le milieu. Il est inutile de contourner l'ombilic à gauche, comme on l'a dit autrefois, la dépression ombilicale peut, sans inconvénient, être comprise dans l'incision.

Les vaisseaux qui saignent sont provisoirement saisis avec des pinces à pression.

Quand le péritoine est ouvert, on applique sur lui à droite et à gauche et à une certaine distance les unes des autres trois pinces à forcipressure qui l'empêchent de se rétracter et de se recroqueviller en dedans ; cette simple précaution rendra de grands services au moment où on suturera la paroi abdominale.

Puis une éponge (1) montée est introduite dans le cul-de-sac péritonéal antérieur et laissée à demeure pour absor-

(1) J'emploierai dorénavant le terme d'éponge pour indiquer soit les éponges véritables, soit les compresses de gaze qui les remplacent.

ber les liquides. Une autre éponge, également montée, est portée dans le même but à l'angle supérieur de la plaie abdominale vers le fond de l'utérus ; cette éponge s'opposera encore à la hernie de l'épiploon ou de l'intestin très fréquente après l'extraction du fœtus.

a. *Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang dans le ventre.* — Il n'est pas grave que du liquide amniotique normal ou du sang passent dans le péritoine ; quand ces liquides sont aseptiques, ils sont résorbés ultérieurement sans causer d'accidents. Il vaut mieux toutefois éviter leur irruption dans le péritoine.

Mais il est loin d'en être ainsi quand il s'agit de liquide amniotique putréfié, ou même de liquide amniotique d'œuf macéré ou d'œuf ouvert depuis quelque temps sans trace apparente de putréfaction ; ces liquides sont septiques ou le deviennent facilement et leur passage dans la cavité péritonéale peut donner lieu à la production d'une péritonite mortelle.

Il faut donc de toute nécessité s'opposer à ce passage ; mais les éponges appliquées comme je viens de le dire ne remplissent qu'en partie l'indication.

Elles ne seraient pas suffisantes en effet pour combler le vide occasionné par la vacuité de l'utérus et laisseraient en conséquence un passage aux liquides pour tomber dans le péritoine. C'est l'assistant qui doit intervenir directement pour empêcher que les liquides ne s'écoulent dans le ventre. A cet effet, il appliquera énergiquement la paroi abdominale contre l'utérus ; ses mains appuyant à plat à droite et à gauche de l'incision, mettront en contact intime les lèvres de la plaie et la face externe de l'utérus. Puis, pendant que l'opérateur procédera à l'extraction du fœtus, l'aide suivra le retrait de l'utérus, continuant à appliquer parois contre parois ; de sorte que, au moment où le fœtus, ayant entraîné avec lui l'utérus, sera amené au dehors, les deux lèvres de la plaie abdominale arriveront au contact derrière l'utérus sorti de l'abdomen et le péritoine sera bien fermé. Si cette manœuvre facile à exécuter est bien faite, il est impossible

qu'il pénètre du liquide amniotique ou du sang dans la cavité péritonéale.

2° Incision de l'utérus. — La paroi abdominale incisée, l'aide ramène sur la ligne médiane l'utérus, s'il est dévié, et applique les lèvres de la plaie abdominale contre la matrice.

Le milieu de la face antérieure de l'utérus est apparent. L'opérateur fait au bistouri une boutonnière de 2 ou 3 centimètres à la partie supérieure de l'utérus, sur la ligne médiane, en incisant doucement s'il est au niveau d'une région fœtale, en allant plus vite s'il est au niveau du liquide amniotique.

Puis il abandonne le bistouri et se sert seulement de l'index droit pour achever d'ouvrir l'utérus. Dans cette intention, il introduit l'index en crochet dans la boutonnière qui vient d'être faite et, se servant du doigt comme d'un bistouri boutonné, il coupe l'utérus en descendant verticalement jusqu'à ce qu'il soit arrêté par l'angle inférieur de la plaie abdominale.

L'utérus se laisse déchirer par le doigt avec la plus grande facilité. La plaie qui résulte de cette section est, après rétraction de l'utérus, aussi régulière que celle qui aurait été faite au bistouri ou aux ciseaux; et ce procédé, qui est très expéditif, n'expose pas à la blessure du fœtus.

L'incision commence à la partie supérieure de l'utérus à l'union du fond de l'organe avec le segment moyen ; elle ne doit pas empiéter sur le segment inférieur : en l'arrêtant à deux ou trois travers de doigt du pubis, là où se termine l'incision de la paroi abdominale, cette dernière condition est de ce fait même réalisée.

L'incision doit mesurer 16 centimètres, comme celle de la paroi abdominale, pour laisser passer la tête du fœtus dans sa circonférence sous-occipitale. Si elle n'était pas assez grande, on l'agrandirait aux ciseaux, mais vers la partie supérieure seulement.

b. *Ouverture de l'œuf.* — L'utérus est incisé, reste à ouvrir l'œuf. Quelquefois il est ouvert en même temps que l'utérus ; d'autres fois au contraire son ouverture fait l'objet d'un second acte opératoire.

L'incision peut rencontrer les membranes ou le placenta.

Si elle rencontre les membranes et si on a procédé assez délicatement, on peut n'avoir sectionné que l'utérus, l'œuf restant intact ; on rompra alors les membranes avant d'extraire l'enfant. Souvent les membranes se déchirent en même temps qu'on ouvre l'utérus, il n'y a pas d'inconvénient à cela ; il faut seulement ne pas être troublé par l'irruption du liquide amniotique et continuer en dépit de cet écoulement l'incision de l'utérus.

Il est clair que si la poche des eaux était déchirée avant l'opération il s'écoulerait peu ou pas de liquide.

L'incision rencontre le placenta, si ce dernier s'insère sur la face antérieure de l'utérus. Est-il possible de reconnaître que l'insertion du placenta se fait en avant, quand l'utérus est encore intact ? Peut-être. Nous avons d'abord pour nous renseigner les signes bien connus fournis par le placenta : consistance spéciale de la paroi utérine à son niveau, circulation plus riche, éloignement des parties fœtales séparées de la main par une masse pâteuse, etc. A ces signes j'ajouterai deux moyens de diagnostic récemment décrits. Halbertsma ponctionne avec un trocart l'utérus sur la face antérieure et aspire : s'il vient du liquide amniotique, on est sur les membranes et non sur le placenta ; c'est le contraire quand l'aspiration n'amène rien ou amène du sang. Ce procédé est infidèle. Léopold a remarqué que les ligaments larges convergent en haut et en arrière quand le placenta est inséré en avant, et qu'ils convergent en haut et en avant dans le cas contraire. Ce fait résulterait du plus grand développement de la moitié antérieure ou postérieure de la matrice sur laquelle le placenta prend son insertion.

Je me hâte d'ajouter que cette reconnaissance du siège du placenta n'a pas grande importance.

Ainsi fréquemment (1 fois sur 3) on rencontre le placenta ; l'incision utérine s'accompagne alors d'une hémorrhagie abondante qui effraie les opérateurs et l'œuf est plus difficile à ouvrir. On peut dire qu'on a affaire dans ces circonstances au *placenta prævia césarien*. C'est une complication qui gêne l'extraction du fœtus et nécessite une conduite particulière, de même que la présence du placenta à l'orifice utérin dans un accouchement par les voies naturelles.

On peut procéder de deux façons.

Ou bien inciser rapidement l'utérus, puis décoller le placenta d'un côté, aller jusqu'aux membranes, les rompre et saisir les pieds du fœtus pour l'extraire.

Ou bien inciser hardiment le placenta au bistouri, et passer à travers la masse placentaire, pour aller chercher les pieds de l'enfant.

Ces deux procédés sont d'ailleurs conseillés dans les cas où le placenta recouvre l'orifice utérin. Dans une de ses opérations, Sänger a traversé le placenta et n'a pas remarqué que cette manière de procéder ait donné lieu à une hémorrhagie d'une gravité particulière.

Il vaut donc mieux inciser directement l'utérus là où se trouve le placenta, que de reporter l'incision utérine au delà du bord du placenta, car en cet endroit on serait plus près du hile de l'utérus et on sectionnerait de gros troncs artériels ou veineux dont l'hémorrhagie fort grave pourrait être difficile à arrêter.

3° Extraction du fœtus. — Que l'incision soit tombée sur les membranes ou sur le placenta, l'œuf est ouvert. L'accoucheur saisit ordinairement le fœtus par la partie qui se présente : tête, bras, pieds. Il suffit de soulever simplement la tête pour la dégager des lèvres de l'incision ; si elle oppose plus de résistance on la saisit avec les deux mains. Au besoin on agrandit la plaie utérine en coupant aux ciseaux vers l'angle supérieur.

Le dégagement du fœtus est souvent impossible par le

bras ; on le comprend puisque le fœtus devrait sortir par un mécanisme analogue à celui de l'évolution spontanée. Dans ce cas, on saisira le fœtus par les pieds et on l'extraira exactement comme à la suite de la version pelvienne, en recourant même à la manœuvre de Mauriceau pour dégager la tête, si l'utérus oppose la moindre résistance.

Le fœtus extrait, une pince à forcipressure est appliquée sur le cordon qu'on sectionne ensuite. L'enfant est confié à la personne qui doit lui donner les premiers soins et le ranimer au besoin : frictions, légères flagellations, bains, insufflation...

4° Extraction de l'arrière-faix. — L'utérus, libéré de l'enfant, se rétracte immédiatement, et chasse le placenta au niveau de la plaie césarienne. Il n'y a qu'à le saisir avec la main et à le tirer au dehors, mais en procédant doucement, afin de décoller les membranes sans les déchirer.

Si le décollement du placenta ne se fait pas de suite spontanément, on le produit artificiellement, ce qui ne présente aucune difficulté puisque la cavité utérine est sous les yeux.

On examine ensuite le placenta et les membranes pour s'assurer que l'arrière-faix est complet. La main réintroduite dans l'utérus détacherait les cotylédons et membranes encore adhérents : il ne doit rester dans la matrice absolument rien de ce qui appartenait à l'œuf. S'il reste des lambeaux de caduque à la face interne de l'utérus, il est bon de les enlever en frottant énergiquement avec une éponge, sans recourir, dans ce but, à la curette.

On a vu l'utérus s'inverser à travers la plaie césarienne et la face muqueuse, tapissée par le placenta encore adhérent, apparaître au dehors. Si un pareil incident se produisait, il serait très facile de réduire manuellement l'inversion après avoir décollé le placenta, ou d'attendre pour pratiquer la délivrance que la réduction de l'utérus soit obtenue.

c. *Moyens employés pour obtenir l'hémostase de l'utérus.* — Il ne faut s'occuper d'assurer l'hémostase de l'utérus

qu'après l'extraction de l'enfant et du délivre : C'est un précepte dont l'observance tend à se généraliser.

Quels caractères présente l'hémorrhagie dans l'opération césarienne ?

L'hémorrhagie provient de deux sources : 1° la plaie utérine ; 2° la surface d'insertion placentaire.

Étudions-les l'une après l'autre.

1° L'hémorrhagie produite par la plaie utérine est très abondante, elle est souvent énorme et bien faite pour effrayer celui qui n'a pas assisté à une hystérotomie ou qui n'en est pas prévenu. Le sang s'écoule depuis le début de l'incision de l'utérus jusqu'au moment où on serre la dernière suture ; il s'échappe de toute l'étendue des lèvres de la plaie ; l'hémorrhagie est surtout considérable quand la zone d'insertion placentaire a été intéressée par la section.

Que faire contre cette hémorrhagie ? D'abord n'en être pas surpris et conserver son sang-froid ; ensuite aller vite, très vite, pour extraire le fœtus. Se rappeler en effet que la plaie ne peut pas revenir sur elle-même tant que l'utérus reste distendu par le fœtus, et que par conséquent l'hémostase spontanée ne peut pas se produire. Quand au contraire l'utérus est vidé, il se rétracte, les lèvres de la plaie, de minces qu'elles étaient, prennent 1 centim., 1 centim. 1/2 ou 2 centim. d'épaisseur ; les vaisseaux ouverts ont dès lors des parois musculaires épaisses qui sont dans la possibilité de faire l'office de ligatures vivantes et d'assurer l'arrêt du sang.

On se gardera donc bien de chercher à obtenir l'hémostase par la forcipressure avant d'extraire le fœtus ; on perdrait à agir de la sorte un temps précieux, non seulement sans profit, mais encore au grand détriment de la malade. On n'arriverait pas en effet à arrêter le sang, car il sort de tous les sinus utérins, il ne coule pas en jet, mais en nappe ; il faudrait mettre des pinces sur toute la plaie et la constriction des tissus, le mâchonnement du muscle utérin par les pinces, produiraient autant de gangrènes locales, qui empêcheraient pour le moins la réunion de la plaie utérine par

première intention. La plaie césarienne de l'utérus est une *plaie obstétricale :* elle n'est pas passible de la forcipressure comme une plaie chirurgicale. Ce qui est indispensable par conséquent, c'est de favoriser son retrait en vidant l'utérus et de laisser le muscle utérin se rétracter et se contracter sans obstacle, de façon à ce qu'il puisse produire lui-même son hémostase.

On voit des artères donner du sang dans le cas où l'incision a été faite trop près du bord de l'utérus : ces artères doivent être liées. Mais quand l'incision a été pratiquée suivant les règles sur la ligne médiane de la face antérieure, on n'observe pas d'hémorrhagie artérielle; une telle hémorrhagie est donc la conséquence d'une faute commise dans le manuel opératoire.

Il arrive que l'utérus a beau revenir sur lui-même après la sortie du fœtus, l'hémorrhagie n'en continue pas moins et elle peut être assez abondante pour masquer complètement la plaie utérine et empêcher l'application des sutures.

Il faut y remédier et, pour ce faire, avoir recours à l'hémostase provisoire. On suspend momentanément le cours du sang dans l'utérus, comme on arrête la circulation dans un membre qu'on va amputer.

Plusieurs procédés permettent d'arriver au but. Les uns, simples, doivent être employés les premiers ; il sera toujours temps de les remplacer par des procédés plus compliqués quand ils se seront montrés inefficaces. On fera donc bien d'agir de la façon suivante : L'assistant fléchit exagérément l'utérus et le tord sur son axe ; ce simple mouvement suffit quelquefois à arrêter l'hémorrhagie, car il produit une diminution de calibre des vaisseaux du hile de l'utérus.

La persistance de l'hémorrhagie montre-t-elle que cette manœuvre est insuffisante ? l'aide comprime le pédicule utérin, col et segment inférieur, avec la main : c'est une simple et très bonne méthode. Quelquefois la compression manuelle ne suffit pas à arrêter le sang; il faut alors recourir à la compression élastique. On applique sur le pédicule utérin

un lien de caoutchouc qu'on serre juste autant qu'il est nécessaire pour arrêter le sang et on maintient le tube élastique par une forte pince à pression ou par un clamp, l'aide peut même simplement de la main gauche en retenir les deux chefs. La constriction devra être modérée. On la maintiendra jusqu'à l'achèvement des sutures profondes et quand celles-ci seront toutes serrées on lâchera le caoutchouc peu à peu pour ne permettre qu'un afflux progressif du sang dans la matrice.

Comme on ne peut pas prévoir à l'avance si on ne sera pas obligé d'exercer de constriction avec le lien élastique et qu'en présence d'une hémorrhagie quasi-foudroyante, on doit aller très vite, il sera bon d'appliquer dans tous les cas le lien élastique autour du pédicule de l'utérus aussitôt après la sortie du fœtus. On ne serrera pas ce lien, on se contentera d'en rapprocher les chefs, de façon à pouvoir le saisir dès qu'il y aura urgence. J'ai fait représenter, sur la figure 1, le lien élastique appliqué autour de l'utérus mais non serré ; il est, en effet, nombre de cas où on peut procéder à la suture de l'utérus sans être obligé de produire artificiellement l'hémostase, l'hémorrhagie étant nulle ou assez insignifiante pour ne pas masquer le champ opératoire.

On a reproché avec raison au lien élastique trop serré de prédisposer aux hémorrhagies par inertie utérine. C'est pour ce motif qu'il ne faut exercer avec ce lien qu'une constriction modérée. Sänger a pensé que le danger du lien élastique provenait de ce qu'il ne comprime l'utérus que sur une faible étendue, aussi recommande-t-il de le remplacer par une serviette aseptique ; la serviette disposée en large bande entoure le segment inférieur de l'utérus, on en croise les deux chefs et on les tord ensemble jusqu'à ce que l'hémostase soit suffisante. Comme la compression est exercée sur une plus large surface avec la serviette qu'avec le tube de caoutchouc, elle est plus égale, moins énergique et elle risquerait moins de provoquer l'inertie utérine.

2° La seconde source de l'hémorrhagie n'est pas spéciale à l'opération césarienne, elle se retrouve dans tout accouchement, c'est la zone d'insertion placentaire. L'hémorrhagie à laquelle elle donne lieu est modérée ou insignifiante, quand l'utérus se rétracte et contracte bien ; elle est au contraire énorme, voire même formidable quand l'utérus est inerte.

Contre l'hémorrhagie même, peu à faire au début ; il faut agir contre sa cause : l'inertie utérine.

Massage de l'utérus, pétrissage de l'utérus, injection très chaude à 50°, sont des moyens ordinairement suffisants pour exciter l'utérus. Il sera nécessaire d'y ajouter une injection sous-cutanée d'ergotine ou mieux d'ergotinine, car l'ergotinine agit plus rapidement ; l'injection sera pratiquée à la cuisse ou en tout autre point ; on a même injecté l'ergotine dans le tissu utérin.

Mais si malgré l'emploi de ces moyens l'hémorrhagie est trop abondante et menace de durer longtemps encore, on exercera une constriction avec le lien élastique provisoire, qui arrêtera cette variété d'hémorrhagie comme il arrêtait l'hémorrhagie provenant de la plaie utérine. L'hémostase provisoire permettra alors d'attendre sans danger que le massage, l'application de la chaleur, l'ergotine aient eu le temps de faire contracter énergiquement la fibre utérine.

Enfin je puis dire de suite qu'il est des cas malheureux où même après la suture, l'utérus reste inerte et saigne par la plaie placentaire : on s'est vu dans ces conditions obligé de terminer l'opération par l'amputation de l'utérus qui supprimait la source de l'hémorrhagie.

Dans des circonstances exceptionnelles, l'hémorrhagie par inertie utérine a occasionné la mort de l'opérée quelques minutes après l'intervention. C'est donc un accident grave et il est utile de savoir très exactement ce qu'il convient de faire pour le combattre ; tel est le motif qui m'a déterminé à m'étendre un peu longuement sur ce sujet.

5° Suture de l'utérus. — L'utérus est vide ; entraîné par

le fœtus qu'on a extrait, il est actuellement hors du ventre ; la cavité abdominale est fermée derrière lui par le rapprochement des lèvres de la plaie abdominale que l'assistant maintient solidement appliquées l'une contre l'autre ; l'utérus libre montre la brèche qui lui a été faite et qui demande

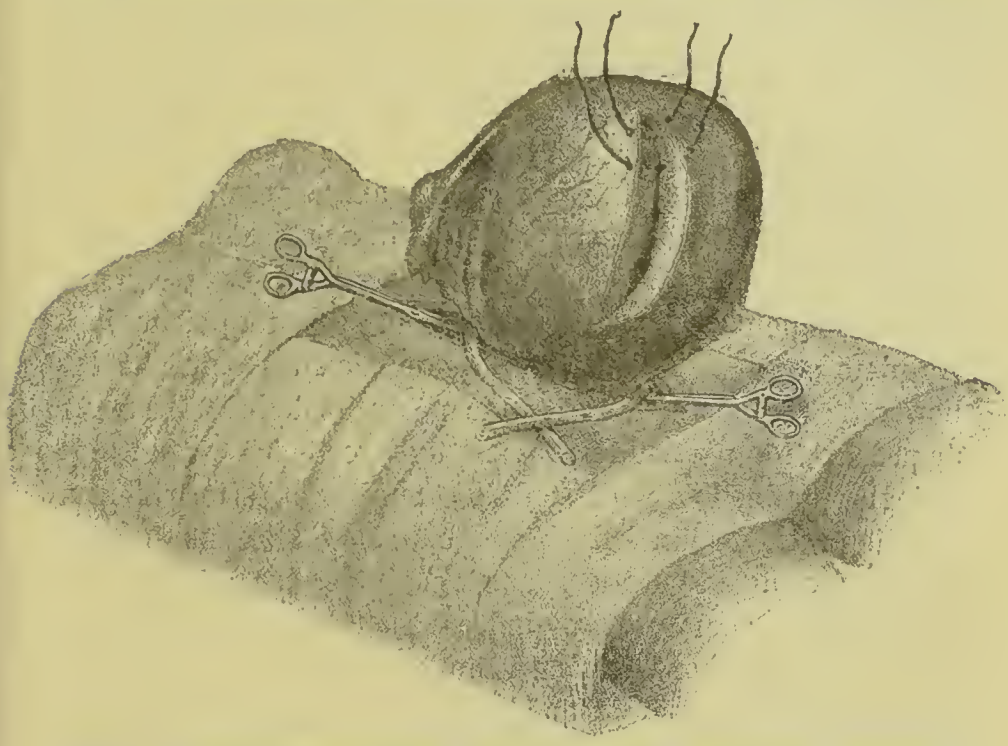

FIG. 1. — Représentant le champ opératoire pendant l'application des sutures utérines profondes. — Des compresses antiseptiques entourent la plaie ; l'utérus est hors du ventre, et au niveau de son pédicule se trouve le lien élastique non serré ; deux pinces à pression retiennent des éponges qui ferment la plaie abdominale à ses deux angles. On voit les deux fils supérieurs de la suture profonde.

à être suturée. On entoure l'utérus de compresses chaudes pour éviter le refroidissement et pour s'opposer à l'accès des germes de l'air ; on procède comme nous savons le faire à l'hémostase de l'utérus ; on introduit le doigt à travers le col, en passant par la cavité utérine pour se rendre compte de sa perméabilité ; la plaie est alors exsangue et prête pour la suture.

La plaie césarienne mesure, quand elle est revenue sur

elle-même, environ 8 à 10 cent. de longueur ; elle est beaucoup plus petite, cela va de soi, que l'incision faite alors que l'utérus était encore distendu par l'œuf.

Elle est fusiforme, plus large au centre, plus étroite aux deux extrémités, quand l'incision a été pratiquée au lieu d'élection, c'est-à dire sur le corps de l'utérus (fig. 1). Si, au contraire, l'incision a empiété sur le segment inférieur, la plaie offre une forme toute différente, elle est très élargie en bas, où elle est demi-circulaire, tandis qu'au niveau de son angle supérieur elle dessine un angle aigu (fig. 2).

La plaie est régulière, ses bords ont une épaisseur considérable : celle de l'utérus après l'accouchement, et atteignent par conséquent 2 cent. environ, un peu plus, un peu moins. La plaie se laisse bien fermer, quand on en rapproche les bords avec la main, il n'est donc pas utile de lui faire subir de préparation particulière avant de procéder à la suture. L'épaisseur des lèvres de la plaie est uniforme, si on a bien eu soin de pratiquer l'incision de la matrice au-dessus du segment inférieur de l'utérus ; dans le cas contraire, chose à bien éviter, l'épaisseur serait moindre vers l'angle inférieur. La plaie bâille en dehors, les bords muqueux sont assez voisins, presque au contact, alors que les bords péritonéaux sont très éloignés l'un de l'autre ; elle représente une sorte de cratère qui nécessitera, pour être comblé par la suture, une traction plus forte au niveau du péritoine qu'au niveau de la muqueuse. La rétractilité du péritoine et la rétractilité plus grande des couches musculaires superficielles de l'utérus expliquent cette disposition particulière de la plaie. La plaie reste donc ouverte vers la cavité abdominale et verse du sang de ce côté plutôt que vers la cavité utérine. Les sinus utérins se montrent en assez grand nombre, mais si l'utérus est bien rétracté ils n'ont qu'une lumière virtuelle, car ils sont fermés par la rétraction et la contraction des anneaux musculaires de la couche moyenne de l'utérus qui en constituent à proprement parler les parois.

N'était le relâchement possible de l'utérus laissant les

vaisseaux s'ouvrir et le sang s'écouler dans le ventre, d'où mort par hémorrhagie ; n'était la béance de la plaie maintenant en communication la cavité utérine et la cavité péritonéale, et permettant par suite le passage des lochies dans le péritoine, d'où possibilité de péritonite mortelle : il n'y

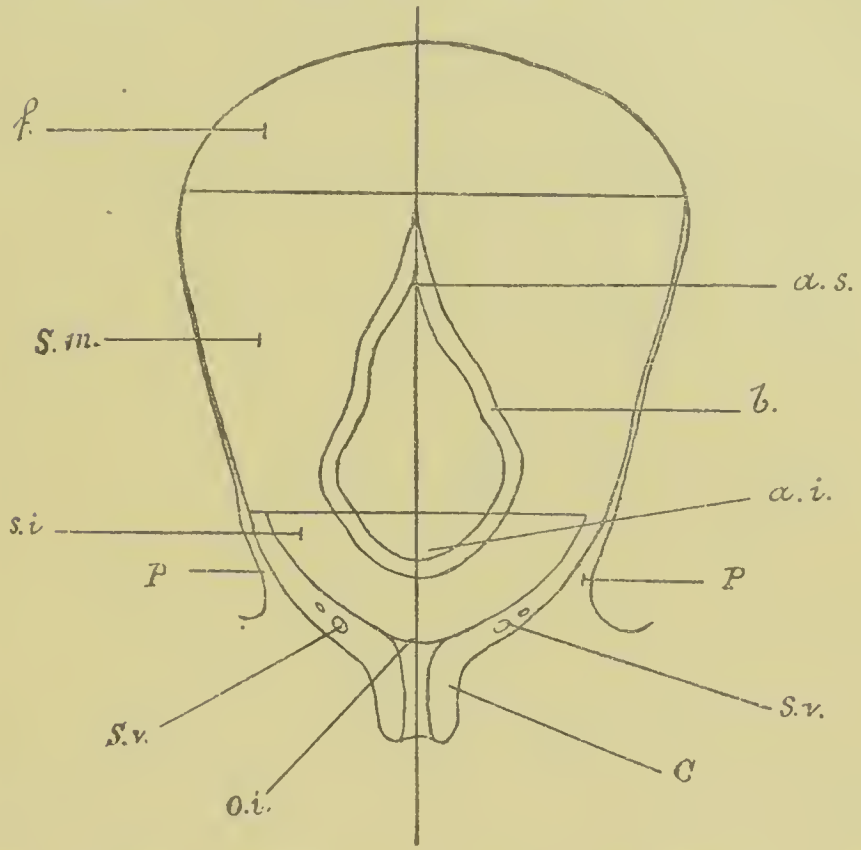

Fig. 2. — Schéma montrant la forme que prend la plaie utérine quand elle intéresse le segment inférieur. — *f*, fond de l'utérus ; *sm*, segment moyen ; *si*, segment inférieur ; *b*, plaie utérine ; *as*, son angle supérieur aigu ; *ai*, son angle inférieur arrondi et large ; *c*, col ; *oi*, orifice interne ; *sv*, sinus utérins ; *p*, péritoine.

aurait pas lieu de s'occuper outre mesure de la plaie de l'utérus, et on pourrait fort bien, à l'exemple des anciens, l'abandonner dans le ventre, sans la traiter davantage. Mais les accidents auxquels je fais allusion sont trop constants et trop formidables, pour qu'on puisse passer outre, et aujourd'hui il ne serait pas plus permis de rentrer l'utérus dans

le ventre sans le suturer, qu'on ne serait autorisé à réduire l'intestin ou l'estomac perforés, sans procéder au préalable à leur suture.

La suture est donc nécessaire. Elle a pour objectif d'immobiliser la plaie de l'utérus pendant tout le temps nécessaire à sa réunion ; elle doit donc être solide, car il lui faudra lutter contre l'effet des variations de volume et de tension de l'utérus, conséquences elles-mêmes de la contraction et du relâchement du muscle utérin. La suture essentielle sera donc musculaire. Il y a plus. Les surfaces cruentées mettent un certain temps à se souder, les surfaces péritonéales se soudent très rapidement ; si donc, on suture à part le péritoine, il sera réuni avant le muscle et la communication entre la cavité séreuse et la plaie sera aussitôt interrompue. L'idéal consistera donc en une suture, profonde, solide, réunissant la partie musculaire de la plaie, suture à laquelle viendra se superposer une *suture de perfectionnement*, superficielle, dite séro-séreuse.

Tel est le principe de toute bonne suture césarienne de l'utérus. Sur ce thème on peut varier les détails de la technique, et les variantes n'ont pas manqué ; mais, pour ne pas déroger au programme essentiellement pratique que je me suis tracé, je les passerai sous silence. Et, chose remarquable, après avoir proposé et expérimenté bien des modifications, on en revient toujours à la suture si simple et si logique, primitivement indiquée par Sänger, c'est elle encore qui fournit les meilleurs résultats et qui est le plus commode à appliquer.

La suture est faite avec du fil de soie, on le prend fort pour les sutures profondes, fin pour les sutures superficielles.

Avant de placer les fils, on introduit dans la cavité utérine une éponge destinée à absorber le sang qui s'y épanche, puis on procède à la suture qui se fait sur deux plans, comme je viens de le dire : un plan profond et un plan superficiel.

1° *Suture profonde.* — Pour la faire on se sert ou bien d'une grande aiguille montée sur un porte-aiguilles, ou d'une

aiguille à manche analogue à l'aiguille de Deschamps, ou d'une aiguille de Reverdin ; l'aiguille de Reverdin cèdera la place aux deux premières, parce qu'elle est moins parfaite au point de vue de l'antisepsie. Les sutures profondes doivent être aussi nombreuses que possible, distantes les unes des autres d'un centimètre environ, c'est une condition indispensable pour la bonne réussite de l'opération.

L'aiguille pénètre dans l'utérus (fig. 3 et 4) par la face péritonéale à 1 centim. environ des bords de la plaie, elle s'enfonce obliquement dans le tissu utérin et vient sortir dans la plaie au niveau ou au-dessus de la muqueuse.

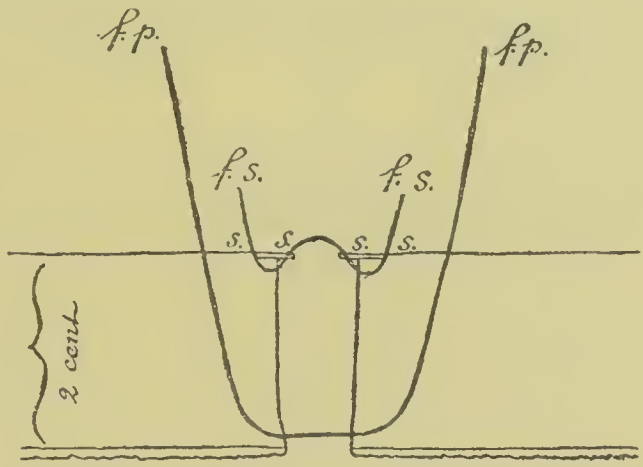

Fig. 3. — Application des sutures utérines. — *fp*, Suture profonde ; *fs*, suture superficielle d'après Lembert ; *s,s,s,s*, points de rencontre du fil superficiel et du péritoine.

L'aiguille traverse ensuite la lèvre opposée de la plaie utérine dans une direction exactement symétrique. On applique, suivant l'étendue de cette plaie, 8 ou 10 sutures éloignées de 1 centim. Les fils ne sont noués que quand tous ont été appliqués ; aussi doit-on saisir les deux chefs de chacun des fils dans une pince à pression pour éviter qu'ils ne s'enchevêtrent les uns dans les autres. Avant de commencer à nouer les fils, on retire l'éponge qu'on avait mise provisoirement dans l'utérus et on fait une nouvelle toilette de la cavité utérine et de la plaie elle-même.

Les nœuds doivent être serrés assez fortement et pendant que l'opérateur les serre, l'aide avec une pince enfonce le péritoine pour l'adosser dans la profondeur. On s'arrange de façon à appliquer le nœud latéralement pour qu'il ne soit pas superposé à la ligne de réunion (fig. 4). Il s'agit bien entendu d'un nœud chirurgical avec double boucle à laquelle est superposée une boucle simple; ce détail a son importance; faute de prendre la précaution précédente, on s'expose à voir le nœud se défaire, la plaie bâiller et une hémorrhagie se produire par la plaie quelques heures après que l'opération est terminée. C'est ce qui arrive si souvent, quand on emploie le fil de catgut qui se gonfle à l'humidité et à la chaleur; avec la soie cet accident n'est pas à craindre, quand le nœud est fait selon les règles.

J'ai dit que le fil profond doit ressortir dans la plaie au niveau de la muqueuse ou au-dessus d'elle. Sänger a beaucoup insisté sur ce point dans ses premiers travaux; il fait remarquer que si le fil de suture ne passe pas dans la cavité utérine, il ne baignera à aucun moment dans les sécrétions lochiales et ne sera par conséquent jamais infecté par ces sécrétions; la muqueuse sera soudée très vite au-dessous du fil et celui-ci sera isolé aussitôt de la cavité utérine.

Si donc à ce moment, pour une cause ou pour une autre, le contenu de l'utérus devient septique, le fil ne pourra pas servir de conducteur aux microbes pathogènes pour pénétrer jusque dans la plaie utérine, ce qu'il eût fait au contraire s'il avait plongé dans la cavité de l'utérus. Les chances d'infection secondaire de la plaie utérine sont par conséquent écartées.

Malgré cela, dans ces derniers temps, on s'est départi quelquefois de la règle posée par Sänger et on ne s'est pas mal trouvé d'avoir fait pénétrer le fil jusque dans la cavité utérine, l'aiguille ayant traversé toute l'épaisseur des parois y compris la muqueuse.

L'expérience a donc démontré que les craintes formulées par Sänger étaient un peu exagérées. D'abord quand on traverse

toute l'épaisseur des parois, la suture peut se faire plus rapidement ; en second lieu, si on passe au-dessous de la muqueuse, celle-ci est immédiatement coupée par le fil pendant qu'on le noue, et ce fil s'arrête à la face profonde de la couche musculaire qui oppose plus de résistance ; le fil est donc par ce fait même isolé de la cavité utérine. Il faut ajouter que la muqueuse se réunit très rapidement, presque aussi vite que la séreuse, plus vite que la musculaire : il y a donc tout intérêt à favoriser cette réunion. Enfin, il y a dans certains cas inconvénient à passer le fil entre la muqueuse et la musculaire, car il est arrivé que l'aiguille a traversé un sinus utérin et qu'on a dû la retirer pour la faire pénétrer plus profondément, presque dans la cavité utérine (1).

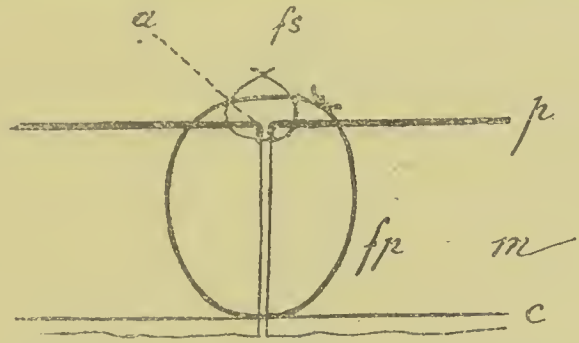

Fig. 4. — Les sutures utérines sont appliquées et les fils noués. — *p*, Péritoine ; *m*, musculaire ; *c*, muqueuse utérine ; *fp*, fil profond n'intéressant pas la caduque et dont le nœud est placé latéralement ; *fs*, suture superficielle d'après Lembert ; *a*, léger adossement du péritoine.

2° *Suture superficielle.* — C'est une suture séro-séreuse destinée à parfaire l'occlusion de la plaie entre les sutures profondes séro-musculaires. Si avant d'y procéder on examine la plaie utérine, on voit que les bords péritonéaux sont recroquevillés en dedans et que le péritoine s'y trouve adossé

(1) Il est bien entendu que ces remarques s'adressent seulement aux cas dans lesquels il n'y a pas d'infection de la muqueuse utérine : dans le cas contraire, le passage du fil de suture à travers la muqueuse ne serait pas indifférent et il faudrait l'éviter ; mais j'ai hâte d'ajouter que l'infection est une contre-indication absolue à l'opération de Sänger et qu'on doit alors pratiquer l'amputation de Porro.

à lui-même sur une certaine largeur de 1 ou 2 millimètres à peu près (a, fig. 4). Il y a donc adossement de la séreuse, mais cet adossement, qui n'est pas assez intime, ne serait pas permanent et en outre, la tunique musculaire elle-même n'est pas encore suffisamment fermée dans l'intervalle des sutures profondes. La prudence est donc d'ajouter des sutures superficielles. Elles seront faites au fil de soie fin. Elles doivent être très nombreuses, il y en aura 2 ou même 3, suivant les besoins, entre deux sutures profondes voisines.

La suture sera exécutée comme la suture de l'intestin, avec une aiguille ronde et fine, elle devra autant que possible traverser deux fois de chaque côté le péritoine et pénétrer un peu dans le tissu musculaire, en somme ce sera une véritable suture de Lembert.

Quand tous les fils superficiels sont noués on les coupe au ras du nœud. Leur nombre est variable, il y a ordinairement deux fois plus de sutures superficielles que de sutures profondes (fig. 5).

Il est facile de faire des sutures superficielles à points séparés, le seul inconvénient qu'ait ce mode de suture est d'exiger un temps assez long ; mais il est compensé par la simplicité de la suture, par sa solidité, par sa bonne application, par le parfait adossement qu'elle assure sans dévier la séreuse. Aussi la crois-je préférable à la suture en surjet employée par quelques auteurs, suture qui adosse moins bien les tissus et ferme moins exactement la plaie qu'elle rend souvent irrégulière.

Je viens de dire que la suture superficielle doit être surtout séro-séreuse ; si elle n'empiète qu'un peu sur le tissu musculaire de l'utérus, elle représente une véritable suture de Lembert, qni est excellente. Toutefois, on peut sans désavantage se départir sensiblement de cette manière de faire, tout en conservant un adossement séro-séreux parfait.

On opérera alors de la façon suivante. Les sutures profondes nouées, on introduit l'aiguille qui conduit les sutures superficielles à 5 millim. environ des bords de la ligne de réunion, on enfonce l'aiguille d'une quantité égale dans la

profondeur du muscle utérin ; on peut même la faire pénétrer davantage et intéresser par conséquent la moitié de l'épaisseur de la paroi utérine, puis on noue. Grâce à la suture profonde, le péritoine était déjà adossé, mais l'adossement est rendu plus intime par cette suture superficielle et les feuillets péritonéaux ne risquent plus de se séparer l'un de l'autre. Cette suture, quoique n'appartenant pas au type pur de la suture de Lembert, n'en répond pas moins aux indications de cette dernière ; elle offre sur la suture de Lembert l'avantage de réunir la portion superficielle de la musculaire qui a de la tendance à bâiller entre les sutures profondes et on comprend que certains opérateurs la lui préfèrent.

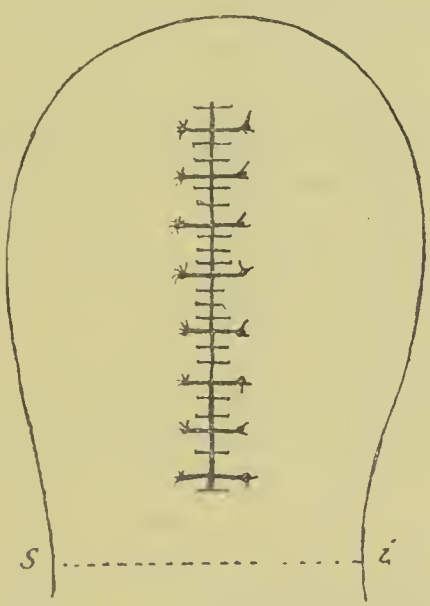

Fig. 5. — Face antérieure de l'utérus après achèvement de la suture. — La plaie n'arrive pas jusqu'au segment inférieur *s i*.

En résumé, la suture utérine peut être exécutée des deux façons suivantes :

1er *Procédé.*—Un plan de suture profonde ou séro-musculaire comprenant toute l'épaisseur de la paroi utérine sauf la muqueuse. Environ 8 points de suture, au fil de soie fort, distants de 1 centimètre. A la suture profonde se superpose une suture séro-séreuse de Lembert, faite au fil de soie fin ;

il y a généralement deux points superficiels entre deux sutures profondes.

2e *Procédé.*—Un plan de suture profonde intéressant toute l'épaisseur de la paroi utérine, y compris la muqueuse. A cette suture s'ajoute une suture semi-superficielle pénétrant de 5 millimètres dans le tissu utérin, faite au fil de soie fin; il y a généralement deux points semi-superficiels entre deux sutures profondes.

Le premier mode de suture a été jusqu'ici le plus employé; il répond véritablement à toutes les indications et mérite d'être adopté jusqu'à nouvel ordre.

La plaie utérine est dorénavant fermée, indépendante à la fois de la cavité péritonéale et de la cavité utérine. On peut alors abandonner l'utérus à lui-même. Si on avait exercé une compression sur son pédicule pour assurer l'hémostase, on la cesse peu à peu. L'aide diminue progressivement la pression qu'il exerce avec la main, ou bien il lâche insensiblement le lien élastique provisoire, de manière à empêcher un afflux trop rapide du sang dans l'utérus et à ne laisser la circulation se rétablir que lentement.

Ordinairement, quand la compression n'a pas été exagérée, l'utérus se colore, devient turgide, mais n'augmente pas démesurément de volume : c'est que l'utérus reste bien rétracté et que la plaie placentaire ne saigne pas. Il ne s'écoule pas non plus de sang par la ligne de réunion. Il n'est plus question en effet d'hémorrhagie par la plaie, quand la suture est bien faite et assure une excellente coaptation des lèvres de l'incision. On laisse quelques instants encore l'utérus hors du ventre pour le surveiller et après s'être convaincu qu'effectivement il n'existe aucun danger d'hémorrhagie, on l'essuie, on saupoudre d'iodoforme la ligne de suture et on le réintègre dans le ventre.

— Mais quelquefois il n'en va pas aussi simplement. La plaie saigne en plusieurs points: on en est quitte pour appliquer quelques sutures superficielles de plus; il peut aussi y avoir un suintement sanglant aux points d'entrée des sutures

profondes, on applique alors à ce niveau des sutures hémostatiques avec du fil très fin, c'est le meilleur moyen de fermer ces petites plaies qui fournissent du sang.

Ce sont là des accidents de médiocre importance en comparaison des hémorrhagies fournies par la face interne de l'utérus au niveau de la surface où s'insérait le placenta, hémorrhagies naturellement liées à l'inertie utérine. J'ai déjà parlé de ces hémorrhagies ; j'ai montré qu'elles étaient ordinairement consécutives à une compression exagérée exercée sur l'utérus par le lien élastique et j'ai dit comment il convenait de les combattre, si on avait eu le tort de ne pas les éviter. On reconnaît à la consistance de l'utérus que l'organe est inerte, on reconnaît à sa rapide augmentation de volume que sa cavité est distendue par du sang. On ne perdra pas de temps ; on fera immédiatement une injection d'ergotinine, on malaxera l'utérus énergiquement, on videra, en passant par le col, si on le peut, la cavité utérine des caillots et du sang qui la remplissent et on fera une injection intra-utérine à 50° ; puis, si l'hémorrhagie continue, on appliquera à nouveau le lien élastique provisoire.

Dès que ce lien aura été serré l'hémorrhagie sera forcément arrêtée. Et il est possible qu'au bout de quelques minutes, sous l'influence du massage, de l'évacuation des caillots, de l'eau très chaude et de l'ergotinine, l'utérus se contracte bien. Si ce résultat est obtenu on enlève le lien et tout danger est conjuré ; après quelques minutes d'expectation on pourra rentrer sans crainte l'utérus dans le ventre. Mais si l'utérus ne se contracte pas, il ne faut pas tarder davantage et on doit se décider à supprimer la source de l'hémorrhagie en enlevant l'utérus. On laisse donc le lien élastique en place, on le serre plus fortement et on ampute au-dessus de lui l'utérus comme dans l'opération de Porro. L'opération qui devait être une opération conservatrice devient, par le fait d'une complication grave, une opération radicale. Cette détermination, qu'il faut avoir le courage de prendre assez tôt, sauvera la vie de la femme. Si au contraire on hésite

trop longtemps, la femme, malgré l'amputation de Porro, succombera aux conséquences d'une hémorrhagie abondante. Cela s'est vu.

En somme, après la suture de l'utérus, on peut observer deux ordres d'hémorrhagies :

1° Une hémorrhagie externe par la plaie ; cette hémorrhagie cède rapidement à l'application de nouvelles sutures.

2° Une hémorrhagie interne.

Cette dernière a ordinairement sa source dans la surface d'insertion placentaire et est due à l'inertie utérine ; exceptionnellement elle pourrait se produire par la face profonde de la plaie utérine mal réunie du côté de la muqueuse. Pour combattre cette hémorrhagie il faut, après avoir vidé l'utérus des caillots et avoir pratiqué une injection très chaude, appliquer le lien élastique, et, une fois ce lien serré, masser l'utérus, l'envelopper de compresses très chaudes pour exciter ses contractions, et faire une injection d'ergotine ou d'ergotinine.

Si l'utérus se contracte bien, on retire le lien élastique et on observe quelques minutes.

L'hémorrhagie ne se reproduit pas, l'utérus est bien rétracté : on le réintègre dans le ventre, tout danger a disparu.

L'utérus au contraire redevient-il mou, et l'hémorrhagie reprend-elle ? on réapplique le lien élastique et on procède à l'amputation de Porro.

Si l'utérus ne se contracte pas au-dessus du lien : sans plus attendre, on ampute l'utérus.

— Un précepte qu'il ne faut pas oublier, quand il s'agit d'hémorrhagie par inertie utérine après la délivrance dans les accouchements par les voies naturelles, c'est, avant toute chose, de faire une injection intra-utérine très chaude, et de vider l'utérus des caillots qu'il contient.

Ce précepte trouve aussi son application dans les hémorrhagies que nous envisageons en ce moment. Il est donc utile, comme je viens de le dire, d'extraire les caillots de l'utérus, et de faire une injection intra-utérine très chaude. Cela est facile dans les cas où la section césarienne est pra-

tiquée à une période avancée du travail, car alors l'orifice est dilaté et la main peut le traverser. Cela devient impossible, au contraire, quand on opère avant tout travail ou bien quand l'orifice est rendu infranchissable par un néoplasme. On devra dans ce cas, se résoudre plus rapidement à l'amputation de l'utérus. Car de rouvrir la plaie suturée de l'utérus, pour passer directement ainsi dans la cavité utérine, il ne saurait être question; mieux vaut encore amputer l'utérus que de faire subir à la plaie utérine des traumatismes répétés, et d'allonger d'une façon démesurée la durée de l'opération conservatrice.

d. *Toilette du péritoine.* — Il y a peu de chose à en dire. Quand les précautions ont été bien prises, il n'a pénétré dans le ventre ni liquide amniotique ni sang : la toilette par conséquent n'est pas utile. Elle le devient au contraire quand des liquides se sont épanchés dans le péritoine. La toilette sera faite alors avec des éponges qu'on plonge surtout dans le petit bassin où s'accumulent les liquides, dans le cul-de-sac de Douglas, dans le cul-de-sac vésico-utérin; on cesse dès que l'éponge, n'entraînant plus rien, revient immaculée.

Cela fait, l'utérus est réintégré dans le ventre et placé sur la ligne médiane.

On retire, s'il y a lieu, les anses intestinales qui sont descendues dans le petit bassin et on repousse celles qui tendraient à s'appliquer entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure. Puis on rabat le grand épiploon sur la face antérieure de l'utérus après avoir saupoudré d'iodoforme la ligne de réunion.

Reste à procéder à la suture de la paroi abdominale (1).

---

(1) Quelques opérateurs ont pensé devoir stériliser la femme après l'opération césarienne, dans l'intention d'éviter la production d'une grossesse ultérieure avec toutes ses fâcheuses conséquences. C'est aller un peu contre le but qu'on se propose dans l'opération conservatrice, dont l'essence même est de conserver à la femme toutes ses facultés de reproduction.

Quoi qu'il en soit, comme ce but est légitime, je dois dire la façon de procéder pour l'atteindre.

Le plus simple est d'oblitérer les trompes. On fait alors sur chaque trompe

6° Suture de la paroi abdominale. — Elle se compose, comme après toute laparotomie, de deux plans de sutures, un plan profond et un plan superficiel.

Les sutures profondes comprennent la peau, les couches musculaires et aponévrotiques et le péritoine, de telle sorte que, quand les sutures sont serrées, les faces séreuses du péritoine pariétal sont adossées l'une à l'autre. Les pinces à forcipressure qu'on avait appliquées sur les bords du péritoine, immédiatement après l'ouverture du ventre, rendent ici un grand service, car elles permettent de retrouver facilement la séreuse qui se serait rétractée si elle n'avait pas été maintenue.

La suture profonde est faite au fil de soie ; on peut avec avantage employer le crin de Florence pour la suture superficielle.

Le drainage est inutile, la plaie abdominale sera donc réunie dans toute son étendue et s'il ne survient pas de suppuration au niveau des fils, il y aura peu de chances d'éventration dans l'avenir.

e. *Pansement immédiat.* — Il est très simple, c'est celui de toute laparotomie : toilette de la femme, ligne de réunion saupoudrée d'iodoforme, gaze iodoformée sur la plaie, une couche de coton hydrophile, une couche épaisse de coton ordinaire, le tout maintenu par un bandage de corps en flanelle suffisamment serré et descendant suffisamment bas.

La *durée de l'opération* est assez variable. En général, elle est d'une heure. Elle dépend beaucoup des incidents qui se produisent dans le cours de l'opération et des détails

---

deux ligatures voisines bien serrées ; les trompes s'oblitèrent au niveau de chaque ligature et la stérilité s'ensuit. Pour plus de sûreté, on a même sectionné les trompes dans l'intervalle des deux ligatures.

Le second procédé, plus long et peut-être moins inoffensif, consiste dans l'ablation des ovaires. C'est facile quand ils sont pédiculés, moins commode dans le cas contraire. On passe une pince courbe au-dessous de chaque ovaire, qu'il faut avoir soin de libérer en totalité avant de sectionner les tissus au-dessus de la pince. Puis une grande aiguille à manche embroche le pédicule au-dessous de la pince et sert à conduire un double fil de soie avec lequel on fait une double ligature du pédicule ovarien.

de technique adoptés par l'opérateur. D'ailleurs, la longueur de l'opération n'a pas grande importance si l'antisepsie est rigoureusement observée.

Pour fixer les idées, je reproduis ici les tableaux de deux opérations pratiquées à Leipzig par Zweifel et par Sänger : l'une est un exemple d'opération idéalement simple, l'autre a été assez mouvementée au début.

L'opération de Zweifel a été pratiquée le 1er novembre 1888 ; la durée de ses différents actes se décompose de la façon suivante :

Incision de la paroi abdominale.....	1	minute.		
Extraction du fœtus et issue de l'utérus hors du ventre.....		»	30	secondes.
Application du lien élastique.....		»	30	»
Extraction du placenta et des membranes	1	»	»	
Toilette de la cavité utérine.....	1	»	»	
Suture utérine profonde.....	3	»	»	
Suture utérine superficielle.....	2	»	30	»
Enlèvement du lien élastique.....	4	»	»	
Application de sutures hémostatiques	1	»	30	»
Réintégration de l'utérus dans le ventre	1	»	30	»
Suture abdominale.....	8	»	30	»
Durée totale de l'opération.....	24	minutes.		

Elle a été exceptionnellement courte ; le temps nécessité par l'application du pansement n'est pas compris dans le tableau.

La seconde opération remonte au 6 novembre 1887.

L'incision de l'utérus intéressa le placenta qui s'insérait sur sa face antérieure ; le placenta partiellement sectionné fit hernie immédiatement à travers les lèvres de la plaie, ce qui rendit plus difficile l'ouverture de l'œuf. L'enfant, extrait par la version, naquit en état de mort apparente et l'opéra-

teur s'occupa lui-même de le ranimer ; il ne revint à la femme qu'au bout de dix minutes, quand l'enfant fut hors de danger.

L'opération dura plus d'une heure.

Incision de la paroi abdominale.....	10 minutes.
Incision de l'utérus.....	
Version et extraction du fœtus, du placenta et des membranes.....	
Issue de l'utérus hors du ventre.....	
Application du lien élastique.....	
Occlusion provisoire de la paroi abdominale derrière l'utérus.....	
Interruption de l'opération pendant tout le temps nécessaire pour ranimer l'enfant.....	10 minutes.
Toilette du champ opératoire.....	5 minutes.
Inspection de la cavité utérine et pulvérisation iodoformée.....	
Sutures de l'utérus.....	25 minutes.
Enlèvement du lien élastique.....	
Sutures hémostatiques.....	
Toilette, iodoformisation et réintégration de l'utérus.....	15 minutes.
Suture de la paroi abdominale.....	
Pansement.....	
Durée totale de l'opération.....	65 minutes.

f. *Traitement des suites de couches.* — Moins il sera actif et mieux cela vaudra.

Cathétérisme ; injections de morphine suivant les indications ; diète les deux ou trois premiers jours ; boissons glacées en petite quantité ; puis lait coupé d'eau de Vichy ; magnésie et naphtol contre le tympanisme et les troubles intestinaux. Il n'est pas bon de laisser les matières s'accumuler dans l'intestin, et la constipation ne doit pas être recherchée.

Le 8e jour on enlève les sutures abdominales et on renouvelle le pansement comme il avait été fait. La malade se lève vers le 21e jour.

Comme on a appliqué un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, il n'y a pas d'injection à pratiquer ; on retire ce tampon suivant la façon dont il est toléré, entre le 2e et le 4e jour et on peut lui substituer soit un nouveau tampon, soit des injections vaginales quotidiennes.

S'il survient des complications, on les traite comme après toute laparotomie. Quelquefois vers le 5e ou le 6e jour, il se produit un mouvement fébrile sans réaction péritonéale; si on examine localement on trouve que la plaie abdominale est douloureuse, rouge et gonflée, c'est que le trajet d'un ou de plusieurs fils suppure; il suffit d'enlever ces fils pour permettre au pus de s'écouler facilement au dehors et voir les accidents disparaître.

Mais la complication la plus fréquente est la péritonite. On s'aperçoit bien vite de son existence. Quand elle est généralisée, elle est toujours mortelle. On la soigne par les moyens médicaux classiques. Mais n'y aurait-il pas lieu d'être plus hardi et quand on voit que l'état est menaçant ne pourrait-on pas recourir à un traitement plus actif ?

On s'adresse ordinairement à la cavité utérine, à la muqueuse et on pratique des injections intra-utérines antiseptiques ; c'est bien, mais c'est insuffisant.

On devrait donc ne pas reculer devant la nécessité de combattre directement la péritonite puerpérale elle-même et pour cela il n'y a qu'un moyen véritablement efficace, le lavage et la toilette du péritoine et le drainage de la cavité abdominale. Il suffit de couper quelques fils de suture vers la partie inférieure de la plaie, pour ouvrir la cavité abdominale et la rendre accessible.

On serait autorisé encore dans certains cas à agir avec plus d'énergie, et si à l'examen on reconnaissait que l'utérus est lui-même fortement atteint, qu'il y a de la métrite septique, de la suppuration au niveau des trajets des fils, il ne faudrait pas hésiter à en pratiquer l'amputation. C'est la seule chance qu'on ait de sauver la femme vouée à une mort certaine. N'a-t-on pas vu Olshausen pratiquer avec succès l'abla-

tion de l'utérus chez une femme qui était déjà atteinte de péritonite et dans l'utérus de laquelle se putréfiait le placenta de l'avortement ?

Une autre complication locale peut encore survenir quelques jours après l'opération, c'est une hémorrhagie intrapéritonéale provenant de la portion de plaie utérine qui bâille dans l'intervalle de deux sutures. Dans un cas de Léopold, cette hémorrhagie s'est terminée fatalement. Elle n'a été reconnue qu'à l'autopsie, car on pensait à une péritonite. Si on avait songé à la possibilité d'une hémorrhagie, et si on avait ouvert la plaie abdominale, pour examiner l'utérus et le péritoine *de visu*, on aurait trouvé la cause de l'hémorrhagie, et une nouvelle suture superficielle appliquée à l'utérus, en aurait rendu maître immédiatement ; la femme eût probablement été sauvée par cette intervention.

Lors donc que l'état de l'opérée inspire de sérieuses inquiétudes, il serait prudent d'ouvrir la plaie abdominale et d'examiner directement l'utérus et le péritoine, pour les traiter comme il convient. Je suis persuadé qu'on arriverait ainsi à sauver bien des femmes.

OPÉRATION DE PORRO

Elle est encore désignée sous les noms de :

Opération césarienne radicale ;

Opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.

Elle diffère de l'opération de Sänger en ce qu'au lieu de conserver l'utérus et de le suturer on l'ampute au-dessus du col.

Il y a plusieurs manières de pratiquer l'opération ; ce qui les distingue surtout les unes des autres, c'est la façon de traiter le moignon résultant de l'amputation de l'organe : on le fixe à la paroi abdominale, on le perd dans le ventre, on l'inverse dans le vagin. Je me contente de les signaler et je me bornerai, pour me limiter au programme que je me suis proposé, de décrire le manuel opératoire le plus simple, le

plus pratique, celui qui à l'heure actuelle paraît donner les meilleurs résultats.

L'opération proprement dite (1) comprend les 6 actes suivants :

1° Incision de la paroi abdominale ;

2° Incision de l'utérus ;

3° Extraction du fœtus ;

4° Amputation de l'utérus ;

5° Traitement du moignon utérin ;

6° Suture de la paroi abdominale.

A ces temps principaux viennent s'ajouter des actes secondaires.

a) Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang de l'utérus dans le ventre ;

b) Hémostase de l'utérus;

c) Toilette du péritoine;

d) Pansement immédiat.

Vient ensuite le traitement des suites de couches.

A quel moment convient-il de pratiquer l'opération de Porro? Si l'on considère que d'une façon générale cette opération est une opération de nécessité, on en déduira qu'elle ne sera pratiquée que pendant le travail.

L'opération de Sänger est une opération de choix et peut être faite pendant la grossesse ou au début du travail; c'est dans les cas où il ne serait pas prudent d'y avoir recours qu'on ampute l'utérus, c'est-à-dire quand, le travail durant depuis longtemps, les membranes sont rompues, le liquide amniotique fétide..., ou quand il y a cancer du col avec ichor septique, fibrome dégénéré.... En supprimant l'utérus, principal foyer septique, on remplit donc une indication urgente. Le grand mérite de Porro est précisément d'avoir établi que par l'ablation de l'utérus on empêche l'infection qui a sa source dans le corps de l'organe.

(1) Les préparatifs de l'opération, qui sont à peu près les mêmes que ceux de l'opération de Sänger, ont été décrits plus haut à propos de cette dernière.

Les trois premiers temps sont les mêmes dans l'opération de Porro et dans l'opération de Sänger. Ils constituent en effet la *phase fœtale* de l'opération césarienne et ne peuvent manquer d'être identiques. La différence ne commence qu'avec la *phase maternelle* dans laquelle on se propose de réparer les dégâts de l'organisme maternel, fatalement commandés par l'extraction de l'enfant : seule la phase maternelle caractérise la méthode radicale.

1° Incision de la paroi abdominale. — Elle est pratiquée sur la ligne blanche et ne doit pas descendre à plus de deux travers de doigt du pubis.

Sa longueur variera suivant la façon dont on veut ou doit extraire l'utérus.

Si l'utérus ne sort du ventre qu'après l'extraction du fœtus, l'incision de 16 centimètres, que j'ai décrite à propos de l'opération de Sänger, suffit.

Si au contraire on veut extraire l'utérus avant de l'ouvrir, alors qu'il contient encore le produit de conception, l'incision doit être beaucoup plus grande, atteindre par conséquent le fond de l'utérus et mesurer 24 centimètres de hauteur. On l'agrandit aux ciseaux vers la partie supérieure ; la brèche est très grande, mais elle doit être ainsi pour laisser passer l'utérus gravide qui est énorme.

a. *Moyens d'empêcher le passage des liquides et du sang de l'utérus dans le ventre.* — Je n'ai qu'à renvoyer à ce que j'en ai dit à propos de l'opération de Sänger, pour les cas où l'utérus est incisé *in situ* dans l'opération de Porro et où il ne sort du ventre qu'entraîné par le fœtus. Dans ces conditions l'incision abdominale mesure 16 centimètres. Il est nécessaire pour être autorisé à inciser l'utérus *in situ*, que l'œuf ne soit pas infecté, qu'il n'y ait pas de putréfaction du liquide amniotique, que les membranes ne soient pas rompues ou qu'elles ne le soient que depuis peu. Alors en effet l'accès dans le péritoine d'une petite quantité de liquide aseptique n'a pas grande importance.

Il en est tout différemment dans les circonstances con-

traires. L'œuf est ouvert depuis longtemps, par exemple, la femme a été l'objet de touchers répétés, d'interventions maladroites, le liquide amniotique est fétide : il faut prendre bien garde à ce qu'il n'en tombe pas dans le ventre sous peine de voir se développer une péritonite mortelle ; certes nous savons faire scrupuleusement et d'une manière efficace la toilette du péritoine, mais ne vaudrait-il pas mieux encore rendre cette toilette inutile en empêchant l'accès des liquides septiques dans le péritoine ? On n'est jamais absolument sûr de faire un nettoyage parfait.

Or l'isolement du péritoine n'est obtenu qu'imparfaitement avec les éponges, et quelque soin que mette l'assistant à bien appliquer la paroi abdominale contre l'utérus, on ne saurait affirmer qu'il n'existe pas en un point une solution de continuité à travers laquelle le liquide amniotique peut s'insinuer. Il y a donc mieux à faire et Müller, de Berne, a résolu le problème en conseillant de faire basculer hors de la cavité abdominale l'utérus avant de l'ouvrir. De la sorte la sécurité est complète et toute crainte s'évanouit, car les liquides ne peuvent plus s'écouler dans le ventre au moment où on incise l'utérus. En gynécologie, les grosses tumeurs solides utérines ou ovariennes sont amenées hors du ventre de la même façon avant d'être séparées de leur pédicule.

Le corps de l'utérus est donc tout entier hors de la cavité abdominale, on ferme celle-ci derrière lui en rapprochant les lèvres de la plaie, après toutefois avoir appliqué au-dessous d'elle une grande éponge. L'aide maintient solidement les lèvres de la plaie accolées l'une à l'autre de façon à empêcher l'accès de l'air et à s'opposer à la hernie de l'intestin. On pourrait immédiatement suturer une partie de la plaie abdominale, mais mieux vaut extraire de suite le fœtus qui peut souffrir à cause du trouble apporté à la circulation utérine par le redressement de l'utérus.

Il sera dorénavant impossible que du liquide amniotique pénètre dans le péritoine et tout danger d'infection directe sera écarté.

Le seul inconvénient que présente ce procédé, c'est de nécessiter une grande incision de la paroi abdominale, mais nous devons y attacher une importance médiocre en regard des avantages qu'elle confère, aujourd'hui surtout que nous sommes en mesure de suturer sans suppuration et sans crainte d'éventration sensible.

Lors donc qu'il sera nécessaire d'éviter le passage du liquide amniotique dans le péritoine, il conviendra d'extraire l'utérus du ventre avant de l'inciser et d'opérer de la façon suivante : L'abdomen ouvert sur 24 centimètres de hauteur, l'opérateur porte la main derrière le fond de l'utérus et le fait basculer en avant; l'assistant l'aide dans cette manœuvre en repoussant en arrière les lèvres de la plaie abdominale. Ordinairement l'utérus sort assez bien; si cependant on éprouvait trop de résistance, il faudrait agrandir la plaie abdominale à la partie supérieure.

Dans des cas exceptionnels le mouvement de bascule de l'utérus a été impossible à effectuer et on a été forcé d'inciser l'utérus en place; on devrait, si cette circonstance se présentait, redoubler de précautions pour empêcher le passage dans le péritoine du liquide amniotique.

2° Incision de l'utérus. — Quand l'utérus reste dans le ventre, elle est pratiquée comme dans l'opération de Sänger. L'utérus ayant été attiré hors du ventre, le siège et la direction de l'incision importent peu ; il est bon qu'elle ne descende pas toutefois dans le segment inférieur ; on la fera le plus loin possible de l'ouverture abdominale.

3° Extraction du fœtus. — Elle ne demande dans le cas particulier aucune description spéciale.

b. *Hémostase de l'utérus.* — On ne s'en occupera, j'y ai déjà insisté, qu'après la sortie du fœtus. L'inertie utérine importe peu, puisqu'on se débarrasse de l'utérus qui en est le siège. Aussi serait-il superflu de prendre autant de précautions que dans l'opération de Sänger et peut-on immédiatement après

l'extraction de l'enfant exercer sur le pédicule de la matrice une constriction assez énergique pour arrêter toute circulation dans le corps de l'organe.

Aussitôt donc que l'enfant est extrait, on entoure le col de l'utérus d'un lien de caoutchouc solide (tube de caoutchouc non perforé de 5 millimètres environ de diamètre) et on le serre assez fort pour suspendre tout écoulement de sang par l'utérus. On ne s'occupe donc pas du placenta. On applique le tube de caoutchouc à l'union du col et du segment inférieur de l'utérus, au-dessous des ovaires et des trompes, en prenant bien garde de ne pas comprendre la vessie dans son anse. On s'assurera du fait en examinant attentivement le point où le caoutchouc est appliqué ; en cas de doute on n'hésiterait pas à introduire une sonde métallique dans la vessie et à en explorer toute la cavité. Le lien élastique bien appliqué on le serre, peu à peu, progressivement, sans se hâter, en tirant sur les deux chefs qu'on croise en avant ; on s'oppose de la sorte à ce que le lien ne glisse et ne s'échappe, car il se creuse un sillon, une sorte de lit dans lequel il se trouve retenu. Il est bon de faire décrire au lien élastique deux anses autour du col de l'utérus. Les deux chefs croisés du lien élastique sont alors noués, et le nœud saisi solidement dans une pince forte ou dans un clamp. L'hémostase provisoire est obtenue.

Pour la transformer en hémostase définitive il suffit de lier solidement le caoutchouc. On applique à cet effet, deux solides ligatures avec du fil de soie sur le nœud du lien élastique, au-dessous de la pince ou du clamp provisoire.

La constriction est parfaite et durable ; car le lien de caoutchouc ne glisse pas, et en vertu de son élasticité, il suit le moignon dans son retrait et le comprime avec une énergie constante qui assure la permanence de l'hémostase.

4° Amputation de l'utérus. — Le fœtus est extrait, l'hémostase de l'utérus est assurée, il reste à amputer l'utérus et les ovaires.

La section est pratiquée à deux travers de doigt au-dessus du lien élastique. La partie enlevée comprend ordinairement les ovaires ; dans le cas contraire on ferait l'ablation de ces glandes au-dessus d'une ligature spéciale.

En même temps qu'on ampute le corps de l'utérus et les ovaires, on se débarrasse tout naturellement du placenta et des membranes, qu'on avait laissés en place sans s'en occuper. Le moignon est exsangue comme l'était l'utérus, puisque le lien élastique reste en place.

Les précautions les plus minutieuses ont été prises jusqu'ici pour protéger le péritoine contre l'accès des liquides et du sang ; dorénavant il n'y a plus de danger d'infection immédiate de la séreuse, puisque l'utérus, qui contenait seul les produits septiques et pouvait les verser dans le ventre, est enlevé.

c. *Toilette du péritoine.* — Elle sera très rudimentaire ou nulle si les précautions que j'ai indiquées ont été bien prises.

Quand elle est terminée, une éponge est appliquée sur les organes abdominaux au-dessous de la plaie abdominale et on procède au traitement du moignon utérin.

5° Traitement du moignon utérin. — Ce traitement comprend :

1° L'hémostase du moignon ;

2° La toilette et la cautérisation du moignon ;

3° Sa fixation à la paroi abdominale.

J'ai déjà dit de quelle façon on transformait l'hémostase provisoire de l'utérus en hémostase définitive. Le tube de caoutchouc, qui fait deux fois le tour du col de l'utérus et qui est fixé solidement, rend le pédicule utérin exsangue ; il tombera plus tard en même temps que la portion mortifiée de ce pédicule.

Au centre du moignon, on trouve la muqueuse du segment inférieur et du col de l'utérus. Cette muqueuse contient des germes septiques si l'opération a été faite dans de mauvaises conditions. Il est donc bon de s'en débarrasser. A cet

effet, soit au bistouri, soit aux ciseaux, on en pratique l'excision aussi profondément que possible ; on creuse donc le moignon en entonnoir ; on fait aussi l'ablation de tous les tissus exubérants, en n'en laissant que juste la quantité nécessaire pour servir de soutien au lien hémostatique.

Puis on cautérise énergiquement le moignon au thermocautère, surtout au niveau de la muqueuse du col, et on le cautérise ensuite au chlorure de zinc. Le moignon est alors parfaitement aseptique, et sous l'eschare qu'on a produite, il pourra se momifier sans risquer d'infecter la femme.

Si on abandonnait à lui-même le moignon ainsi préparé, il ne tarderait pas à s'enfoncer dans le ventre où on le perdrait. Il verserait alors dans le péritoine les produits septiques qui peuvent résulter de son sphacèle, et il y aurait à craindre qu'il n'infectât le péritoine, et ne produisît une péritonite mortelle. Cet accident n'est pas fatal, mais possible ; il est donc urgent de l'éviter.

Il suffit pour cela de fixer le moignon à la paroi abdominale.

D'abord, on le traverse de gauche à droite au-dessus du tube de caoutchouc par une forte broche d'acier ; cette broche soutient le pédicule en le suspendant pour ainsi dire au-dessus de la paroi abdominale sur laquelle elle repose. On applique la broche avant même de parer le moignon et de le cautériser.

Outre l'emploi de la broche, on doit encore fixer directement le moignon à la plaie abdominale par la suture ; cette fixation, outre son importance mécanique, a pour effet de fermer autour du moignon la cavité abdominale. On la pratique de la façon suivante :

Sur toute la périphérie du moignon, *au-dessous du lien élastique,* on suture à la soie le péritoine pariétal au péritoine du moignon (fig. 6) ; on en fait ainsi le tour pour qu'il soit sur toute sa circonférence tapissé par le péritoine de la paroi, qui l'enserre comme dans un collet. Quatre ou six points de suture suffisent.

Les adhérences s'établissent bien vite entre les surfaces

péritonéales, et la portion du pédicule qui va se sphacéler sera donc rapidement isolée de la cavité abdominale qu'elle ne pourra pas infecter par ses sécrétions.

6° Suture de la paroi abdominale. — Elle comprend des sutures profondes et des sutures superficielles. On ne pratique pas de drainage ; donc le ventre est exactement

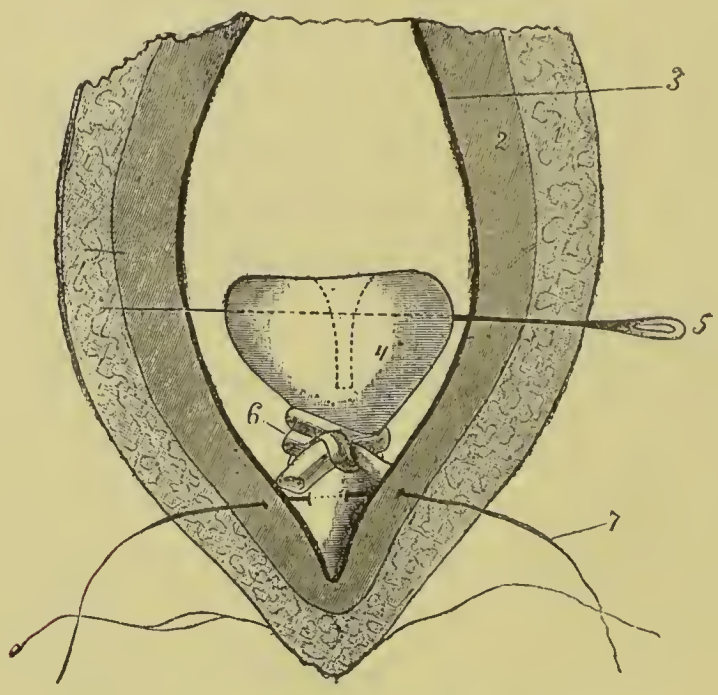

Fig. 6. — Fixation extra-péritonéale du pédicule.

1, Peau et tissu cellulaire sous-cutané. — 2, Couche musculo-aponévrotique. — 3, Péritoine. — 4, Pédicule de l'utérus traversé par la broche 5. — 6, Ligature élastique définitive. — 7, Suture du moignon au péritoine pariétal.

fermé, en haut par la suture propre de la paroi abdominale, en bas par la suture du moignon utérin à la même paroi. J'ai dit qu'on pouvait commencer la suture de la paroi dans sa partie supérieure avant d'inciser l'utérus.

d. *Pansement immédiat.* — Le moignon est saupoudré

d'iodoforme ou mieux d'un mélange à parties égales de tannin, d'acide salicylique et d'iodoforme, et enveloppé de gaze iodoformée. La ligne de réunion est recouverte également de gaze iodoformée; puis on termine le pansement avec de l'ouate au sublimé, de l'ouate ordinaire et on comprime et immobilise avec un bandage de corps en flanelle.

c. *Traitement des suites de couches.* — Je n'ai de particulier à signaler que la façon de traiter le pédicule.

On attache une grande importance à la façon dont le moignon se gangrène ; la gangrène peut être sèche ou humide ; il faut autant que possible que le sphacèle soit sec, que le moignon se momifie. Ce résultat sera presque sûrement obtenu si on saupoudre abondamment le moignon avec le mélange d'acide salicylique, de tannin et d'iodoforme. Le moignon se dessèche très bien au-dessous de cette poudre et ne fournit aucun suintement. Aussi est-il possible qu'on ne soit obligé de renouveler le pansement que plusieurs jours après l'opération. On laissera donc le pansement sans y toucher tant qu'il ne sera pas traversé par des liquides ou tant qu'un état fébrile n'indiquerait pas la possibilité d'une complication locale.

Dans le cas où le moignon restant humide sécréterait des liquides en assez grande abondance pour que les pièces du pansement en soient traversées, on enlèverait celui-ci et on détacherait aux ciseaux les parties ramollies et putréfiées du pédicule. Grâce à ces précautions on évitera l'absorption des substances putrides, et on se mettra à l'abri des phénomènes graves qui en sont la conséquence et qui emportaient autrefois un grand nombre de malades après l'opération de Porro.

Très exceptionnellement on voit le moignon saigner dans les deux premiers jours qui suivent l'opération; cela tient à ce que la constriction exercée par le lien élastique est devenue insuffisante par suite du retrait du moignon. On se rend maître de cette hémorrhagie, qui n'a jamais présenté de gravité, en pratiquant un nombre suffisant de ligatures par-

tielles sur la portion du moignon située au-dessus du lien.

On doit, dans la majorité des cas, pratiquer des injections vaginales pendant les suites de couches, surtout s'il y a un néoplasme du col qui sécrète un ichor septique.

Le 8e jour on enlève les fils de la suture abdominale. Dans la 3e semaine généralement le moignon tombe avec le lien de caoutchouc et il ne reste plus qu'un entonnoir assez profond qui se remplit de granulations, et se comble plus ou moins vite ; au bout de six semaines la plaie est ordinairement cicatrisée et l'opérée peut quitter le lit.

La cicatrisation est assez longue comme on le voit ; pendant toute sa durée, la malade est exposée aux complications des plaies profondes qui suppurent. Les suites de couches sont donc moins simples après l'opération de Porro qu'après l'opération de Sänger et elles exigent plus de soins et d'attention.

— Tel est le manuel opératoire des deux méthodes d'opération césarienne qu'on peut pratiquer aujourd'hui avec avantage. Je laisse de côté l'ablation totale de l'utérus qui est une opération exceptionnelle, et la gastro-élytrotomie qui n'a aucune importance. J'ai choisi pour chaque opération la technique la plus simple ; je n'ai pas toujours donné les raisons qui m'ont déterminé à préférer telle manière de faire, cela m'eût entraîné trop loin.

J'ai suivi pas à pas l'opérateur ; j'ai tâché de ne rien passer sous silence, de signaler les difficultés et les complications qui se présentent dans le cours de l'opération ; et je me suis efforcé de donner une description complète qui permît au médecin le moins familiarisé avec la section césarienne de mener à bien une opération de ce genre.

J'avoue avoir donné à certains points un développement peut-être exagéré, et avoir abordé des sujets qui, comme l'antisepsie, n'appartenaient pas strictement à la question. Ce reproche peut m'être adressé par des chirurgiens rompus à la technique de la laparotomie et pour lesquels ces choses

sont devenues élémentaires. Je ne crois pas cependant qu'il en soit de même pour tout le monde ; et j'estime qu'en dehors des laparotomistes de profession, il y a bien des personnes exposées à pratiquer l'opération césarienne qui pourront tirer profit des détails que je donne.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE